



Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana



A Intervenção Psicomotora para Pessoas Idosas no Centro Social da Trafaria da Santa Casa da Misericórdia de Almada

Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de
Mestre em Reabilitação Psicomotora

Orientador: Professora Doutora Ana Paula Lebre dos Santos Branco Melo

Júri:

Presidente:

Doutora Ana Sofia Pedrosa Gomes dos Santos

Vogais:

Doutora Ana Paula Lebre dos Santos Branco Melo

Doutor Marco Paulo Maia Ferreira

Rita da Cruz de Sousa

2016

Agradecimentos

Neste percurso importante desejo agradecer a todos os que contribuíram para esta aprendizagem, em especial agradeço...

A todos os “meus” idosos, por todo o carinho, alegrias e ensinamentos;

À espetacular equipa do Centro de Dia, Carla, Célia, Cristina, Dra. Sofia, Licínia, Patrícia, Filipe e Sandra, por todo o apoio, integração, companheirismo, momentos de diversão e ensinamentos;

À Prof.^a Doutora Paula Lebre por toda a disponibilidade, sabedoria, orientação e apoio;

Ao André, Diana, João, João, Pamela e Sandra, por todo o apoio, conselhos, horas de trabalho, troca de experiências e conhecimentos e, principalmente, pelo carinho e força;

Aos meus pais, irmã e avós por permitirem que toda esta caminhada se realizasse;

A todos os que contribuíram direta ou indiretamente para o meu percurso académico e pessoal.

Um grande bem-haja a todos!

Resumo

O presente relatório pretende descrever a intervenção psicomotora com população idosa em contexto de estágio profissionalizante no centro de dia do Centro Social da Trafaria da Santa Casa de Misericórdia de Almada, no ano de 2014-2015 no âmbito do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais do Mestrado de Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa. Encontra-se estruturado em duas partes relativas ao enquadramento e realização da prática profissional. Deste modo, são referidos os aspetos teóricos de envelhecimento, intervenção psicomotora, gerontopsicomotricidade, e é ainda realizada uma caracterização da instituição de forma a fundamentar e enquadrar a prática profissional. Referente à realização da prática profissional são abordadas as duas etapas da intervenção realizadas, especificando a intervenção psicomotora, na segunda etapa, realizada com um grupo de oito pessoas idosas e um estudo caso, verificando-se no geral uma manutenção e melhoria das competências psicomotoras. No final do relatório são referidas as conclusões finais, sendo uma análise crítica e reflexiva acerca da intervenção psicomotora neste contexto, limitações e propostas.

Palavras-chave: Psicomotricidade, Intervenção Psicomotora, Gerontopsicomotricidade, Idoso, Centro de Dia

Abstract

This report aims to describe the psychomotor intervention with older people in work experience in Social Center in *Trafaria's* Day Care, the *Santa Casa de Misericordia de Almada*, in the year 2014-2015 under the Deepening Branch of Professional Skills of Master of Psychomotor Rehabilitation, Faculty of Human Kinetics, University of Lisbon. It is structured in two parts for the framing and implementation of professional practice. Thus, is mentioned the theoretical aspects of aging, psychomotor therapy, psychomotor therapy for the elders, and a characterization of the institution in order to support and frame professional practice. In the concretion of professional practice is referred the psychomotor intervention's steps, and is also specified the psychomotor intervention in the second stage, performed with a group of eight older people and a case, concluding the general maintenance and improvement of psychomotor skills. At the end of the report are referred the final conclusions, with a critical and reflective analysis about the psychomotor intervention in this context, limitations and proposals.

Keywords: Psychomotor Therapy; Psychomotor Intervention; Psychomotor Therapy for the Elders; Older People; Day Care Center

Índice Geral

Agradecimentos.....	i
Resumo	ii
Abstract	ii
Índice de Tabelas.....	iv
Índice de Figuras	iv
Lista de Abreviaturas	v
Introdução.....	1
Enquadramento da Prática Profissional	2
1. Envelhecimento.....	3
1.1. Alterações do Envelhecimento Normal.....	4
1.2. Envelhecimento Patológico	5
1.3. Envelhecimento Ativo e Bem-sucedido	7
2. Intervenção Psicomotora	9
2.1. Psicomotricidade e Avaliação Psicomotora.....	9
2.2. Intervenção Psicomotora com Pessoas Idosas.....	10
2.3. Intervenção Psicomotora na Demência	15
2.4. Avaliação na Gerontopsicomotricidade	15
3. Enquadramento da Intervenção Psicomotora em Contexto de Centro de Dia	17
4. Enquadramento Institucional	19
4.1. Enquadramento Legal.....	19
4.2. Enquadramento Institucional Formal.....	20
4.2.1. Santa Casa da Misericórdia de Almada.	20
4.2.2. Centro Social da Trafaria.....	22
4.2.3. Centro de Dia para a População Idosa.....	23
Realização da Prática Profissional	26
1. Caracterização do Contexto da Intervenção	27
2. Caracterização da População-Alvo	28
3. Etapas da Intervenção do Estágio	31
3.1. Aspetos Transversais	31
3.2. Primeira etapa (Outubro-Dezembro)	32

3.3. Segunda etapa (Janeiro-Maio)	34
4. Intervenção Psicomotora	39
4.1. Grupo “Cabeça, Tronco e Membros”	39
4.2. Estudo-caso C.	63
5. Atividades Complementares de Formação	70
Considerações Finais	71
Bibliografia	74
Anexos	81
Anexo A – Versão Provisória do Perfil Psicomotor da Santa Casa da Misericórdia de Almada	82
Anexo B – Plano Semanal para Primeira Etapa da Intervenção (Outubro- Dezembro)	95
Anexo C – Plano Semanal para Segunda Etapa da Intervenção (Janeiro- Maio).....	96
Anexo D – Excerto de exemplo da tradução do programa “Making a Difference”	97
Anexo E – Exemplo de Planeamento da Sessão “Cabeça, Tronco e Membros”	98
Anexo F - Exemplo de relatório da Sessão “Cabeça, Tronco e Membros”	101

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Informação dos serviços existentes, equipamentos e população abrangida da Santa Casa de Misericórdia de Almada	21
Tabela 2 – Cronograma das atividades de estágio.....	31
Tabela 3 - Esquematização da intervenção grupal na 1.º fase da intervenção.....	33
Tabela 4 – Esquematização da intervenção grupal na 2.º fase da intervenção.....	35
Tabela 5 – Esquematização do Plano de Intervenção para o grupo “Cabeça, Tronco e Membros”.....	45
Tabela 6 – Resultados obtidos na avaliação inicial e final na avaliação através do instrumento EGP para o grupo “Cabeça, Tronco e Membros”	47
Tabela 7 – Resultados obtidos na avaliação inicial e final na avaliação através do instrumento CAECS para o grupo “Cabeça, Tronco e Membros”.....	48
Tabela 8 – Resultados obtidos na avaliação inicial e final na avaliação através do instrumento GHQ para o grupo “Cabeça, Tronco e Membros”.....	48
Tabela 9 – Esquematização do Plano de Intervenção para o estudo-caso C.....	65
Tabela 10 - Apresentação dos resultados da avaliação inicial e final da utente C para o EGP e GHQ.....	66

Índice de Figuras

Imagem 1 – Planta esquemática do espaço do Salão de Centro de Dia e Sala Polivalente, do Centro Social da Trafaria.....	28
---	----

Lista de Abreviaturas

APA- American Psychiatric Association

CAECS - Checklist Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais

CST – Centro Social da Trafaria

DSM- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EGP- Exame GerontoPsicomotor

GHQ - General Health Questionnaire

RACP- Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais

SCMA – Santa Casa da Misericórdia de Almada

Introdução

O presente relatório é referente ao estágio profissionalizante no âmbito da unidade curricular de Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RCAP), pertencente ao Mestrado em Reabilitação Psicomotora, na Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa.

Deste modo, o RCAP pretende desenvolver o conhecimento e reflexão no âmbito científico e metodológico de Reabilitação Psicomotora, promover a capacidade de planear e coordenar serviços e/ou programas de psicomotricidade em diferentes contextos e domínios de intervenção, e contribuir para a implementação de novas práticas e perspetivas profissionais, promovendo o desenvolvimento do enquadramento da reabilitação psicomotora (Martins, Simões e Brandão, 2014).

O estágio profissionalizante realizou-se no âmbito da intervenção psicomotora com pessoas idosas em contexto de centro de dia, no Centro Social da Trafaria (CST), equipamento pertencente à Santa Casa da Misericórdia de Almada (SCMA).

Este relatório encontra-se estruturado em duas partes principais, o Enquadramento da Prática Profissional e a Realização da Prática Profissional.

No que é respeitante ao Enquadramento da Prática Profissional, este consiste na apresentação de uma base teórica da intervenção, englobando assim o conceito de envelhecimento, os processos e alterações que lhe estão associados, permitindo um enquadramento à população-alvo; a intervenção psicomotora, mais concretamente, para pessoas idosas; uma breve justificação do âmbito da psicomotricidade em contexto de centro de dia; e, ainda, uma caracterização da instituição onde foi realizado o estágio profissionalizante.

A Realização da Prática Profissional engloba uma breve caracterização do contexto de intervenção e da população-alvo, sendo de seguida abordadas as etapas de intervenção constituintes do estágio profissional, através da referência aos aspetos transversais e à intervenção numa primeira e segunda etapas. Optou-se pela especificação e aprofundamento de uma intervenção grupal e outra individual, realizadas durante a segunda etapa. No final deste capítulo, são ainda referidas de forma sucinta outras atividades realizadas.

Por fim, apresentadas as conclusões finais, onde são abordadas as aprendizagens a nível profissional e pessoal, limitações e soluções encontradas, entre outros.

Enquadramento da Prática Profissional

1. Envelhecimento

Existem várias fases na vida de um organismo, nomeadamente a fase de crescimento e desenvolvimento, fase reprodutiva e senescência ou envelhecimento (Cancela, 2007). Gorman (2000) referido pela World Health Organization [WHO] (s/d) refere que o processo de envelhecimento é uma realidade biológica sujeita ao conceito de envelhecimento de cada sociedade, uma vez que nos países desenvolvidos, considera-se o início do envelhecimento entre os 60 e os 65 anos, dando-se importância à idade cronológica, apesar de o tempo cronológico ter uma importância distinta, em função do nível de desenvolvimento socioeconómico e cultural nos diferentes países. Outros significados de idade socialmente construídos são mais significativos, tais como os papéis atribuídos a pessoas mais velhas.

O envelhecimento demográfico reflete-se como um dos fenómenos mais importantes do século XXI, devido principalmente às implicações na esfera socioeconómica, modificações a nível individual e novos estilos de vida (INE, 2011). A população residente em Portugal aumentou cerca de 2% em relação à última década (INE, 2011), existindo também um avanço no campo da esperança média de vida (Carrilho e Patrício, 2009).

Deste modo, observando que o processo de envelhecimento apresenta características influenciadas por vários fatores (cultura, género, classe socioeconómica, entre outros) diferentes de indivíduo para indivíduo, existe uma necessidade de não só se considerar a idade cronológica, uma vez que é apenas uma mensuração dos anos que decorreram até ao tempo atual, mas perspetivar-se várias dimensões do envelhecimento: a idade cronológica, idade biológica, idade psicológica e idade social (Schneider e Irigary, 2008). Estes autores caracterizam a *idade biológica* como as alterações a nível mental, físico e orgânico que influenciam a sua funcionalidade; a *idade social* como o conjunto de comportamentos e hábitos adquiridos pela pessoa determinados pela cultura e história da sociedade em que o indivíduo está inserido, podendo estar relacionada com o abandono do mercado de trabalho; e *idade psicológica* como ligada a competências comportamentais e cognitivas adquiridas ao longo da vida. Estas dimensões permitem uma abordagem holística da significação de envelhecer, dependendo das dimensões que o indivíduo ou a sociedade valorize (Schneider e Irigary, 2008).

Durante o processo de envelhecimento existem alterações que provocam uma diminuição da capacidade funcional do indivíduo, considerando-se um processo de

degradação progressiva e diferencial (Cancela, 2007). Assim, segundo Hammerschmidt, Zagonel e Lenardt (2007; cit in Neri, 2001) o conceito de envelhecimento poderá ser dissociado em primário ou normal, secundário ou patológico e terciário ou terminal. No que é respeitante ao envelhecimento normal, é relativo às características naturais de fim de vida, sendo um fenómeno progressivo em que existe uma redução da capacidade de adaptação. O envelhecimento patológico relaciona-se com o aparecimento de determinadas doenças relacionadas com o envelhecimento, mas que não são características de um envelhecimento normal. Por fim, no envelhecimento terminal existe um súbito aumento de perdas físicas e cognitivas, existindo um curto período de vida, devido à acumulação dos efeitos dos envelhecimentos anteriores em separado ou conjuntamente.

Desta forma, serão de seguida abordadas as alterações decorrentes de um envelhecimento normal e algumas patologias que se poderão desenvolver, originando um envelhecimento patológico.

1.1. Alterações do Envelhecimento Normal

Com o envelhecimento surgem alterações, a nível fisiológico, físico, psicomotor, socioafetivo, psicológico e cognitivo, consideradas “normais” no processo de envelhecimento (Jiménez e Garcia, 2011; Gallande, 2005). Fonseca (2001a) considera a existência de uma *retrogénese psicomotora*, em que existem gradualmente alterações/desintegrações sendo maioritárias inicialmente no córtex (estrutura mais complexa), até mais observáveis na medula (estrutura simples), numa fase mais avançada. Existem, assim, alterações relativas às praxias, dificuldade na noção spatiotemporal, perda de memória, problemas atencionais, abstração, dificuldades a nível do esquema corporal (Fonseca, 2001a). Existe ainda, a nível propriocetivo, uma perda de células dos sistema vestibular que vão influenciar o equilíbrio, podendo provocar vertigens e tonturas, e dificuldade na integração sensorial a nível da forma, textura, diferenciação figura-fundo, entre outros (Fonseca, 2001a; Gallande, 2005).

As alterações sensoriais, a nível visual, envolvem alterações no cristalino (cataratas), alterações da córnea, provocando diminuição do tempo de reação à intensidade da luz com, conseqüente, dificuldade na discriminação de figura-fundo, presbiopia, entre outros. A nível auditivo, é frequente a perda de audição, dificuldade de discriminação fonética, provocada pela diminuição da flexibilidade de algumas membranas e órgãos do ouvido (Gallande, 2005).

As alterações a nível fisiológico caracterizam-se por alterações a nível celular e no sistema imunológico, podendo assim provocar uma maior suscetibilidade a doenças e aumentar o período de recuperação das mesmas (Gallande, 2005).

No que diz respeito ao aparelho músculo-esquelético, é frequente o encurtamento na estatura e curvatura da coluna, derivado de alterações nos discos intervertebrais, e ainda redução da densidade mineral óssea (osteoporose) e menos flexibilidade articular. Ainda, Gallande (2005) refere que é notória a existência de atrofia muscular, diminuição de força muscular e resistência. Também existe a diminuição do tempo de reação, alterações na manutenção do equilíbrio, provocando uma alteração dos padrões motores. Relativamente às alterações no Sistema Nervoso Central, ocorre a perda de neurónios sem serem substituídos, diminuição e peso cerebral, e desaceleração da capacidade de reação do SNC (Gallande, 2005).

Existem também alterações a nível do aparelho cardiorrespiratório, podendo levar à ocorrência de AVC, enfarte, infeções respiratórias graves, entre outros; a nível do sistema digestivo, como alterações do paladar; e urinário, como diminuição da ação renal (Jiménez e Garcia, 2011).

Relativamente às alterações a nível psicológico e social, influenciadas pelas motoras e cognitivas, podem surgir sentimentos de isolamento, de inutilidade, de tédio, depressão, e perturbações relativas ao autoconceito e imagem corporal (Fonseca, 2001a; Gallande, 2005).

1.2. Envelhecimento Patológico

Associadas ao Envelhecimento Patológico surgem algumas condições de saúde, sendo dado ênfase de seguida às Perturbações Neurocognitivas Maior e Leve, mais concretamente devido à Doença de Alzheimer, visto ser a mais prevalente na população-alvo.

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-V) (American Psychiatric Association [APA], 2013) as perturbações neurocognitivas, anteriormente designadas de *Demência*, *Delirium*, *Transtorno Amnésico* e *Outros Transtornos Cognitivos* na versão anterior do DSM-IV (APA, 1996), caracterizam-se por perturbações a nível do funcionamento cognitivo adquiridas num determinado período de vida, não englobando as dificuldades cognitivas adquiridas aquando do nascimento ou fase inicial de vida. Assim, são considerados domínios cognitivos, como a *atenção complexa*,

função executiva, aprendizagem e memória, linguagem, perceto motor e cognição social, em que se fundamentam os critérios das perturbações (APA, 2013).

As perturbações neurocognitivas podem ser divididas nos subtipos de *Delirium*, *Perturbação Neurocognitiva Leve* ou *Perturbação Neurocognitiva Maior* (APA, 2013). No entanto só irão ser descritos estes dois últimos subtipos, uma vez que se tratam dos casos que no âmbito deste estágio foram acompanhados.

Assim, os critérios de diagnóstico para ambos (*Leve* ou *Maior*), pressupõem a exclusão da ocorrência dos sintomas apenas durante um delirium e a exclusão de outras perturbações mentais que poderão explicar de forma mais correta os sintomas. Ainda, deve ser observado pelo indivíduo ou outrem um declínio em um ou mais domínios cognitivos, sustentado por evidências clínicas (teste neuropsicológico padronizado ou outros quantificados), sendo que na *Perturbação Neurocognitiva Leve* este declínio é ligeiro e não interfere nas atividades do indivíduo no quotidiano, e na *Perturbação Neurocognitiva Maior*, o declínio é substancial e interfere com a independência no quotidiano (APA, 2013).

No que é respeitante à *Perturbação Neurocognitiva Maior ou Leve devido à Doença de Alzheimer*, esta é caracterizada por um declínio progressivo e gradual em um ou mais domínios cognitivos, considerando os critérios específicos das *Perturbações Neurocognitivas Maior ou Leve*. Existem diversas categorizações consoante a probabilidade ou possibilidade de ocorrência da Doença de Alzheimer, mediante a presença da perturbação *Maior* ou *Leve* (APA, 2013).

Deste modo, para diagnóstico de *Provável Doença de Alzheimer* em *Perturbação Neurocognitiva Maior* é necessário que existam ou evidências genéticas para a doença de Alzheimer, e/ou um declínio gradual e progressivo nas funções de memória e aprendizagem e em pelo menos outro domínio cognitivo e exclusão de outras patologias que poderão causar este declínio cognitivo. Caso não se verifiquem os critérios anteriormente referidos, é remetido para *Possível Demência de Alzheimer* (APA, 2013).

O diagnóstico de *Provável Doença de Alzheimer* em *Perturbação Neurocognitiva Leve* engloba a evidência genética para a doença de Alzheimer. Quando não se verifica esta evidência é considerado *Possível Doença de Alzheimer*, com declínio progressivo e gradual nas funções de memória e aprendizagem, e exclusão de outras patologias que poderão causar declínio cognitivo (APA, 2013).

Segundo os estudos realizados neste âmbito, não é possível determinar com exatidão a causa desta patologia ou a progressão da mesma (Juhel, 2010). Contudo, sabe-se que a doença de Alzheimer não deriva apenas de um fator, mas sim de um conjunto de fatores, como genéticos, bioquímicos ou ambientais (Garret, 2011). Juhel (2010) define

uma série de fatores de risco associados à doença de Alzheimer, como a existência de probabilidade de hereditariedade de determinados genes; nível escolar e sociocultural; com o aumento da idade, os mecanismos de imunidade do organismo não são tão eficazes; prevalência de diabetes tipo II pode provocar anormalidades no bombeamento de sangue para o cérebro; entre outros. O diagnóstico é efetuado através de testes neuropsicológicos e de uma entrevista à família, não existindo possibilidade de cura da doença, existindo apenas medicação que permite atenuar alguns dos sintomas (Juhel, 2010).

No que é respeitante à progressão da demência de Alzheimer, Rodríguez (2002), refere as características sintomáticas da progressão da demência, dividindo-as numa fase inicial, intermédia e terminal. Na fase inicial, começam a surgir as dificuldades a nível spatiotemporal, cravada por uma desorientação espacial em relação a objetos e pessoas, e na dificuldade na reprodução de estruturas rítmicas. São também visíveis dificuldades a nível grafomotor, na coordenação e equilíbrio. Numa fase intermédia, existe um agravamento das dificuldades anteriormente referidas, com o acréscimo de alterações a nível da motricidade fina, motricidade global e somatognosia, conduzindo à diminuição da funcionalidade. Por fim, numa fase mais avançada da demência, existe uma necessidade de supervisão uma vez que se caracteriza por grandes dificuldades de comunicação, agitação, deambulação, dificuldades no controlo postural, rigidez muscular, estereotipias, entre outros (Rodríguez, 2002).

1.3. Envelhecimento Ativo e Bem-sucedido

Associadas a perspetiva de funcionalidade, existem algumas abordagens sobre o Envelhecimento que perspetivam uma ação do contexto ou do geronte sobre o seu processo de envelhecimento.

Deste modo, Rowe e Kahn (s/d; cit in Guccione, Avers e Wong, 2011) apresentam o conceito de Envelhecimento de Sucesso, em que as alterações decorrentes de um envelhecimento normal podem ser influenciadas pelo estilo de vida dos indivíduos. No entanto, eram observadas alterações decorrentes de envelhecimento patológico, pelo que Brummel-Smith (s/d; cit in Guccione, Avers e Wong, 2011), alargou este conceito para Envelhecimento Ótimo, envolvendo uma perspetiva relacionada com o nível de satisfação individual, em que existe uma intervenção a nível das possíveis alterações secundárias funcionais que advêm da patologia inicial.

Surge ainda, uma perspetiva mais centrada na promoção da qualidade de vida dos idosos e na visão da sociedade sobre o envelhecimento, o Envelhecimento Ativo (WHO,

2005). Esta perspetiva preconiza a autonomia e participação do idoso na sociedade, existindo uma intervenção em assuntos de natureza social, económica, cultural, espiritual e civil, influenciando a forma como os indivíduos e as populações envelhecem. Assim, tem como objetivos a promoção da qualidade de vida das pessoas idosas, independentemente das dificuldades, promovendo a autonomia e independência, em que deixa de existir um enfoque apenas baseado nas necessidades, mas também baseada nos direitos e igualdade de oportunidades (WHO, 2005).

2. Intervenção Psicomotora

Neste capítulo serão abordados os conceitos de Psicomotricidade e Avaliação Psicomotora, Intervenção Psicomotora, Intervenção Psicomotora para pessoas idosas e, mais concretamente, para pessoas com demência.

2.1. Psicomotricidade e Avaliação Psicomotora

A Intervenção Psicomotora fundamenta-se na Psicomotricidade como área fundamental, e consiste numa ciência de estudo, com características multidimensionais (multidisciplinar, multiexperiencial e multicontextual), através duma abordagem relacional entre a motricidade, expressa de forma corporal e o funcionamento dos processos mentais, definido pelo processamento de componentes cognitivas associadas a aspetos afetivo-emocionais (Fonseca, 2001b, 2004, 2010).

Assim, a psicomotricidade é uma terapia de mediação corporal, que estuda os movimentos do corpo e suas características, atitudes, posturas e mímica, analisando a expressão corporal como uma dimensão biopsicossocial. Dirige assim a sua intervenção com incidência relacional, corporal ou cognitiva, para o investimento no corpo, através da promoção de um conjunto de vivências corporais permitindo que o indivíduo ajuste ou reajuste a sua personalidade às condições do envolvimento, mantendo como objetivo base mediar a procura da mudança de atitude do sujeito consigo próprio e consequentemente com os diferentes contextos onde interage, levando a uma maior capacidade adaptativa (Fonseca e Martins, 2001; Maximiano, 2004).

Relativamente à avaliação psicomotora, e de acordo com o referido anteriormente, esta abrange uma visão global do indivíduo, englobando uma avaliação funcional e relacional, e uma análise das mesmas conforme o contexto onde o indivíduo está inserido (Pitteri, 2004). Os instrumentos de avaliação psicomotores geralmente permitem uma avaliação funcional dos aspetos psicomotores, sendo no entanto também necessária uma avaliação relacional através das vivências do indivíduo, podendo ser recolhidos através de entrevista, e aspetos socioafetivos observados na intervenção (Pitteri, 2004; Boscaini, 2004). Deste modo, a avaliação permite recolher dados acerca de componentes psicomotoras, base psicomotora dos comportamentos, aspetos psicoafetivos, elaboração do perfil psicomotor e projeto de intervenção, reavaliação, comunicação entre profissionais, entre outros (Pitteri, 2004).

2.2. Intervenção Psicomotora com Pessoas Idosas

A Gerontopsicomotricidade deve ser vista como a relação entre os fatores sociobiológicos, neurobiológicos e neuropsicológicos, considerando assim as alterações socioemocionais, motoras, percetivas e cognitivas (Fonseca, 2001a). Deste modo, a gerontopsicomotricidade intervém a nível da conservação “de uma tonicidade funcional, um controlo postural flexível, uma boa imagem do corpo, uma organização espacial e temporal plástica, uma integração e prolongamento das praxias ideomotoras” (Fonseca, 2001a, p.187), entre outros, com o objetivo de manutenção da autonomia, funcionalidade e qualidade de vida do geronte, prevenindo uma aceleração do processo de envelhecimento (Fonseca, 2001a; Pereira, 2004).

Uma vez que, no decorrer do processo de envelhecimento, as pessoas perdem certas funcionalidades e a intervenção psicomotora pretende prolongar a qualidade de vida, a intervenção apresenta um caráter preventivo (Vasconcelos, 2003). Deste modo, a intervenção psicomotora pode situar-se em três níveis: Primária, Secundária e Terciária (Rodríguez, 2002). Relativamente à intervenção primária, o principal objetivo é intervir com idosos saudáveis a fim de evitar o aparecimento de patologias resultantes do processo de envelhecimento, atuando a nível biopsicossocial; a intervenção secundária é realizada com o objetivo de reabilitar as funções cognitivas e funcionais que apresentem ligeiros défices, estimulando e mantendo as capacidades ainda presentes; e a terciária é normalmente realizada quando o idoso apresenta um diagnóstico estabelecido e já são evidentes os défices cognitivos e funcionais, tendo como objetivo primordial a promoção da qualidade de vida, desenvolvendo estratégias para diminuir as dificuldades.

De forma a evitar esta deterioração das capacidades psicológicas e biológicas dos idosos, a gerontopsicomotricidade utiliza programas psicomotores, quer de estimulação quer de reabilitação, sendo considerada uma técnica não farmacológica (Moraes, 2007). Deve existir uma adaptabilidade da intervenção à população, neste caso de pessoas idosas, tendo em conta o seu contexto, cultura, necessidades, quadro sintomático, modificações corporais, entre outros, promovendo um envelhecimento harmonioso (Juhel, 2010; Pereira, 2004). Jiménez e Garcia (2011) salientam ainda a importância de uma intervenção adequada à idade cronológica dos indivíduos, evitando uma intervenção de carácter infantilizado.

No que respeita à organização das sessões de gerontopsicomotricidade, Jiménez e Garcia (2011) aconselham a que a intervenção seja realizada num espaço cómodo,

ventilado, com temperatura ambiente, solo antiderrapante, sem estímulos distráteis e com espaço suficiente para que os idosos se movam sem constrangimentos físicos.

As sessões devem ser delineadas de forma a planear as atividades adaptadas aos objetivos/necessidades dos idosos, não esquecendo a fomentação do bem-estar, através da promoção de um momento lúdico. Deve ser considerada a flexibilidade do planeamento, uma vez que o planeamento poderá ser alterado à medida que se desenrola a sessão (Jiménez e Garcia, 2011). Devem ter uma duração entre 30 a 45 minutos e uma participação de 10 a 12 idosos, existindo uma proporcionalidade inversa de quanto maior o comprometimento menor deve ser a duração e numero de participantes (aproximadamente dois ou três idosos, ou até mesmo sessões individuais). Relativamente ao psicomotricista, este deve realizar atividades estimulantes, sendo necessária a adoção de um perfil motivacional, cativante e tolerante à frustração (Rodríguez, 2002).

Rodríguez (2002) refere o trabalho de Picq e Vayer (1969) no que respeita à estrutura das sessões. Deste modo, existe uma fase inicial, consistindo numa saudação inicial e orientação para a realidade. É seguida pelas atividades propriamente ditas, previamente planeadas de acordo com os objetivos pretendidos. Por fim, uma fase terminal onde existe uma recapitulação dos conteúdos, feedback acerca das atividades e expressão de sentimentos.

Como estratégias, Vila (2006) propõe que sejam utilizadas atividades de caráter lúdicas e dinâmicas, existindo uma variação de atividades e materiais entre sessões, a elaboração de projetos e atividades pelos idosos, dando relevância à espontaneidade, reminiscência, verbalização de experiências e direcionar as atividades realizadas que permitam um transfer para a vida diária. Também Pereira (2004) refere que deve ser utilizada uma segmentação da elaboração das tarefas, maior permanência nas mesmas, pelo que deverão ser realizadas tarefas mais simples, e na progressão da sessão/sessões serem inseridas componentes mais complexas na tarefa, promovendo um ambiente calmo e seguro, devido ao nível do processamento de informação derivado de um processo de retrogéne do sistema cognitivo e propriocetivo.

Relativamente aos materiais, Jiménez e Garcia (2011) referem a utilização de materiais mais familiares e utilizados no quotidiano nas atividades, como por exemplo, instrumentos musicais, pintura, jornais, música, entre outros, e materiais novos, como aros, bolas de diferentes texturas, formas, peso, entre outros. É necessário que os materiais sejam sempre adaptados às capacidades de manipulação e cognitivas de cada idoso, para que estes não percam a motivação por insucesso na atividade.

De uma forma geral, a intervenção psicomotora em idosos utiliza atividades lúdicas, simbólicas, jogos de grupo, expressão corporal, de coordenação, entre outros (Vila, 2006) e várias técnicas como relaxação, dançaterapia, musicoterapia, entre outros, em que são desenvolvidos vários objetivos da intervenção em paralelo, permitindo muitas vezes também o desenvolvimento de competências sociais (Rodríguez, 2002).

Deste modo, serão de seguida referidos os aspetos psicomotores que se demonstram mais reduzidos devido ao processo de envelhecimento, e de que forma podem ser intervencionados. É importante referir que existe uma interligação de toda a estrutura psicomotora, sendo fatores dependentes e relacionados.

No que respeita à gerontopsicomotricidade, focando os fatores psicomotores, um dos aspetos a trabalhar deverá ser o equilíbrio na medida em que este contribui para o controlo postural e engloba o equilíbrio estático e dinâmico, estando este interligado com a tonicidade, que tem funções de vigília, alerta e atenção, permitindo a manutenção postural, concretização de movimentos (Fonseca, 2010). Devido às alterações mencionadas anteriormente, a nível sensorial, postural, entre outras, existem alterações a nível do equilíbrio e a propensão para se tornar mais sedentária, que poderão originar risco de queda do idoso e consequente perda de autonomia, menor autoconfiança e resistência ao movimento (Civinski et al., 2011; Pereira, 2004). Ainda, Abrahamová e Hlavacka (2007) referem que, podem existir diferenças a nível dos sistemas de controlo postural entre diferenças de idade e entre envelhecimento normal e patológico.

Deste modo, a psicomotricidade pode promover atividades que trabalhem o equilíbrio, através de atividades de equilíbrio dinâmico, como a realização de percursos psicomotores que simulem as barreiras arquitetónicas encontradas no quotidiano (Pereira, 2004), simulando as atividades de vida diária (Beck, Antes, Meurer, Benedetti e Lopes, 2011).

Relativamente ao fator psicomotor de noção de corpo, Pereira (2004) afirma que é imprescindível ter em conta o passado social e cultural da visão sobre o corpo, onde podemos considerar ser frequente um distanciamento e uma atitude reservada face à imagem do corpo e à sua vivência. Portanto, é necessário ter em conta este fator quando se intervém em psicomotricidade, sendo uma terapia de mediação corporal, analisando o conceito de corpo percebido, corpo experienciado e corpo real, em que existe uma visão/planeamento de ação que ao ser executado poderá não corresponder ao pretendido, e um corpo com experiências de acordo com um corpo com memórias, em que foram executadas determinadas ações de forma mais frequente, podendo originar mais facilidade ou dificuldade em âmbitos diferentes.

Jiménez e Garcia (2011) referem que é importante a tomada de consciência do corpo, realizada através de movimentos agradáveis em pé ou sentados, priorizando movimentos eficazes ao invés de esforço, de forma a consciencializar as diferentes partes do corpo e suas posições no espaço. Também poderão ser realizadas atividades de representação do corpo no espaço, reprodução ativa de posições e movimentos e referências ao longo das sessões das partes corporais. Pereira (2004) refere também a imitação de gestos e recurso à relaxação.

Outro fator psicomotor que se revela importante nesta população é a estruturação espaciotemporal, sendo relevante para a organização da ação e, mais relevância tem se for associada ao tempo impingido pela sociedade. Deste modo, associado ao conceito de tempo, surge uma perspetiva de lentidão na organização da ação e até mesmo de autoimagem, e associado ao espaço surge uma preferência por espaços já conhecidos, de mais fácil planificação da ação (Pereira, 2004).

A intervenção deve permitir que o idoso volte a ganhar confiança através da exploração de vários tempos, ritmos (através de palmas, música e dança), noções espaciais (e.g. cima-baixo) e espaços simbólicos, de forma a ter um maior grau de participação no mundo exterior (Pereira, 2004).

No que é respeitante às praxias, os autores Jiménez e Garcia (2011) referem os jogos de mesa e produções manuais como estimulação da preensão fina a nível dos membros superiores e coordenação intra e intersegmentar. Desta forma, atividades envolvendo jogos de cartas, bingo, entre outros, e atividades de produção, envolvendo materiais manipulativos (barro, pintura, etc.), são benéficas para a estimulação destas competências e, também permite a estimulação de processos cognitivos (atenção, perceção, tempo de reação) e a motivação através do sucesso na tarefa.

A coordenação intra e intersegmentar também pode ser desenvolvida através da dualidade simetria/assimetria de movimentos, lançamentos com materiais de diferentes texturas, pesos e frequência (Jiménez e Garcia, 2011).

A nível da socioafetividade, podem ser desenvolvidas atividades que promovem as competências sociais, pertença a um grupo, aumento da autoestima e motivação (Rodríguez, 2002). A intervenção permite uma promoção da autoestima através de uma autoimagem positiva. As atividades psicomotoras remetem assim ao geronte a ação com o seu corpo em movimento, a favor da manutenção funcional, necessária não somente para a promoção, mas também para a manutenção de saúde, levando desta forma à satisfação de viver (Vasconcelos, 2003).

Ainda, Hernandez, Coelho, Gobbi e Stella (2010) afirmam que a prática de atividade motora, através do corpo em movimento, aumenta os níveis de autoestima, estabelecimento de relações interpessoais, e contribuir para um reequilíbrio emocional, sendo estas muitas vezes afetadas pelo processo de envelhecimento.

Núñez e Gonzáles (2001) realizaram um estudo em que foi aplicado um programa gerontopsicomotor a idosos institucionalizados, tendo concluído que existiu uma evolução do nível de satisfação e aceitação das pessoas idosas com o decorrer das sessões, devido às atividades de cariz lúdico e corporal; um maior aumento a nível da funcionalidade nas atividades de vida diárias; e melhoria a nível emocional com aumento da autoestima, motivação e integração da imagem corporal.

Respeitante à cognição Papp, Walsh e Sneyder (2009), referem que existe uma perda de substância cerebral e redução de neurotransmissores e sinapses associado ao envelhecimento e às demências. Segundo Hernandez, Coelho, Gobbi e Stella (2010), a manutenção das funções cognitivas encontra-se associada à atividade motora, na medida em que pacientes com Demência de Alzheimer que participaram num programa de atividade física em que é necessário planeamento da ação motora, apresentaram benefícios na manutenção de funções cognitivas, como aumento da capacidade de atenção e memória a curto prazo. Os pacientes com Demência de Alzheimer que não participaram revelaram um declínio cognitivo.

As intervenções relacionadas com o aumento da atividade mental complexa permitem o combate ao declínio cognitivo nos idosos (Gates e Valenzuela, 2010; Papp et al., 2009). Gates e Valenzuela (2010) ainda acrescentam a esta definição os conceitos: prática de tarefas com resolução de problemas e padronizadas, objetivando domínios cognitivos específicos.

Relativamente a quadros demenciais, Clare et al. (2013) afirmam que, segundo vários estudos, o treino cognitivo é benéfico para as pessoas com demência. Também em vários estudos analisados por Papp et al. (2009), em que utilizaram modelos de animais, obtiveram resultados positivos, nomeadamente, quando expostos a ambientes enriquecedores, existia uma alteração na expressão do gene e nos processos de memória. O treino cognitivo permitia ainda um reforço sináptico que se teria perdido com a falta de estimulação (Papp et al., 2009). Vários estudos em humanos, também analisados pelo mesmo autor, afirmam que a baixa incidência da Demência de Alzheimer está relacionada com a estimulação mental a partir da meia-idade.

Porém, Papp et al. (2009), após uma meta-análise de 10 estudos, não encontraram evidências de que a intervenção cognitiva atrasava o declínio cognitivo em pessoas com

Demência de Alzheimer, existindo apenas uma melhoria na performance imediata. No entanto, existiram bastantes fatores limitantes nesta revisão de literatura (e.g. variabilidade do tamanho da amostra e utilização de vários instrumentos de avaliação). Desta forma, são necessários mais estudos nesta área (Papp et al., 2009).

2.3. Intervenção Psicomotora na Demência

Segundo Rodríguez (2002), a intervenção psicomotora em pessoas idosas com demência tem o objetivo de promover a autonomia e socialização, através do papel de idoso como agente ativo, na elaboração de novas estratégias para contornar algumas dificuldades, quer a nível cognitivo quer da realização de atividades instrumentais de vida diária, e na compreensão do idoso acerca do processo pelo qual está a passar. Ainda, pretende-se uma estimulação das competências psicomotoras, proporcionando bem-estar através do movimento, e criatividade, promovendo a motivação. Também Juhel (2010) refere que a intervenção psicomotora na Doença de Alzheimer intervém sobretudo nas áreas de dificuldade causadas pelo quadro demencial e ainda na forma como a pessoa se relaciona consigo e com os outros e na expressão de sentimentos.

É necessário considerar que podem existir mais dificuldades a nível motor, derivadas do próprio processo natural de envelhecimento, conjuntamente com dificuldades causadas pela demência (Rodríguez, 2002). Numa fase inicial da Demência de Alzheimer, deve-se ter em conta a necessidade de receberem constante reforço de instruções simples, e não exigir perfeição nas tarefas realizadas, mas certificar-se que não realizam aprendizagens erradas de forma a não as reproduzirem posteriormente no quotidiano, uma vez que não têm a perceção do errado. Numa fase intermédia, revela-se importante utilizar material familiar do quotidiano, de fácil manipulação, música e realizar sessões adaptadas às suas dificuldades, uma vez que é mais necessário um reforço atencional para a tarefa. Relativamente a um estado avançado da demência, revela-se difícil a realização de sessões típicas, devido às dificuldades de comunicação e deambulação, existindo portanto uma reorganização do conteúdo à medida que se avança na sessão (Rodríguez, 2002).

2.4. Avaliação na Gerontopsicomotricidade

Na avaliação psicomotora no geronte é importante avaliar as componentes psicomotoras, mas também ter uma visão holística do indivíduo, tendo em conta a sua anamnese,

contexto social e cultural, e situação física, socioafetiva, cognitiva e psicológica atual. Para tal, deve ser realizada uma entrevista ao idoso antes da realização da avaliação com instrumentos de avaliação específicos (Jiménez e Garcia, 2011). Existem vários instrumentos de avaliação psicomotora, estando o Exame Gerontopsicomotor em fase de validação e aferição para a população portuguesa (Morais, Fiúza, Santos e Lebre, 2012).

3. Enquadramento da Intervenção Psicomotora em Contexto de Centro de Dia

A nível nacional, segundo Instituto Nacional de Estatística [INE] (2011), em 2011, 19% população apresentava uma idade de 65 ou mais anos, existindo também mais população sénior que jovem (INE, 2011).

No entanto, com este aumento da população sénior surge também uma maior institucionalização desta população, principalmente aquando da existência de um diagnóstico de Demência de Alzheimer (Gorzoni e Pires, 2006), sendo a institucionalização uma resposta a determinadas situações, como ausência do cuidador domiciliário, necessidade de reabilitação, elevados níveis de dependência e estádios terminais de doenças, estando portanto relacionada com uma disponibilidade tanto familiar como social (Chaimowicz e Greco, 1999), sendo fatores que influenciam o bem-estar físico e psicológico do idoso (Tomasini e Alves, 2007).

Sendo assim, a resposta de centro de dia pretende a providência de cuidados adequados às necessidades, em que a pessoa idosa possa continuar no seu meio sociofamiliar, prevenindo a institucionalização, com objetivos de prestar apoio social, psicológico, promover a interação, e autonomia (ISS, 2015).

Porém é necessário que existam determinados recursos, quer humanos ou materiais, para que os mesmos sejam atingidos. Um dos serviços que pode contribuir para providenciar uma intervenção sobre as necessidades dos seniores é a intervenção psicomotora. Rodríguez (2002) refere que a psicomotricidade, numa vertente de intervenção preventiva, deve estar integrada nos serviços providenciados pelo centro de dia, uma vez que o papel do psicomotricista em centro de dia com pessoas idosas se baseia essencialmente em estimular todas as componentes inerentes à deterioração causada pelo processo de envelhecimento, através do desenvolvimento de atividades de caráter motor, cognitivo e afetivo, de uma forma lúdica, despoletando prazer e bem-estar aos utentes, através de dinâmicas e jogos de grupo promovendo a socialização. Pereira (2004) refere que, permite também, que exista um transfer das atividades realizadas para o quotidiano, existindo uma participação ativa nas sessões.

É bastante proveitoso a estimulação de competências em pessoas com quadros demenciais, utilizando as áreas de maior desempenho para estimular as áreas de maior dificuldade. Deve existir, também, uma coordenação entre o psicomotricista com os outros profissionais de saúde, fazendo parte de uma equipa técnica multidisciplinar (Rodríguez, 2002).

Desta forma, é importante o papel do psicomotricista em centro de dia de pessoas idosas, estando de acordo com o conceito de Envelhecimento Ativo da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2005), já mencionado, em que se pretende o aumento de uma vida saudável e a promoção da qualidade de vida para todas as pessoas idosas, tentando promover a sua autonomia e independência. No entanto, na legislação regulamentadora das normas para centro de dia (*Guião Técnico Regulador de Normas para Centro de Dia*, da Direção-Geral da Acção Social de Bonfim e Saraiva, 1996) não se encontra previsto em quadro de pessoal da resposta social, sendo porém, um aspeto importante a ser alterado.

4. Enquadramento Institucional

No enquadramento institucional serão abordados os temas alusivos ao contexto da intervenção: o *enquadramento legal* referente à resposta social Centro de Dia, e o *enquadramento institucional formal*, onde será relatado brevemente a instituição Santa Casa da Misericórdia de Almada, a sua valência Centro Social da Trafaria e, por fim, o serviço Centro de Dia para a população idosa.

4.1. Enquadramento Legal

De forma a perceber quais as disposições legais que regem a resposta social de Centro de Dia do Centro Social da Trafaria, ir-se-á mencionar de forma genérica os parâmetros regentes desta resposta social. Deste modo, o *Guia Prático de Apoios Sociais para Pessoas Idosas* (Instituto da Segurança Social [ISS], 2015), sugere e define sete tipos de respostas sociais: *serviço de apoio domiciliário, centro de convívio, centro de dia, centro de noite, acolhimento familiar para pessoas idosas e adultas com deficiência, estrutura residencial para pessoas idosas*. A regulamentação específica de centro de dia encontra-se no *Guião Técnico Regulador de Normas para Centro de Dia*, da Direção-Geral da Acção Social (Bonfim e Saraiva, 1996), onde estão explicitas as condições de localização, instalação e funcionamento para este serviço, sendo aprovado por despacho do SEIS de 29 de novembro de 1996.

Assim, o Centro de Dia apresenta-se como “equipamento social que funciona durante o dia e que presta vários serviços que ajudam a manter as pessoas idosas no seu meio social e familiar” (ISS, 2015, p. 6) de forma autónoma ou em parceria com outros equipamentos (Bonfim e Saraiva, 1996). Destinam-se a pessoas idosas com mais de 65 anos, prioritariamente, podendo abranger pessoas com necessidade do serviço providenciado (ISS, 2015). Deste modo, este equipamento social tem como objetivos (ISS, 2015, p.6):

- Proporcionar serviços adequados à satisfação das necessidades dos utentes;
- Estabilizar ou retardar as consequências desagradáveis do envelhecimento;
- Prestar apoio psicológico e social;
- Promover as relações interpessoais e intergeracionais;
- Permitir que a pessoa idosa continue a viver na sua casa e no seu bairro;
- Evitar ou adiar ao máximo o recurso a estruturas residenciais para pessoas idosas, contribuindo para a manutenção dos utentes em meio natural de vida;

- Contribuir para a prevenção de situações de dependência, promovendo a autonomia.

Para que estes objetivos sejam alcançados, o Centro de Dia deverá providenciar serviços a nível alimentar, higiene pessoal, tratamento de roupa e ocupacional, podendo prestar serviços ao domicílio e alojamento temporário, possuindo para tal instalações destinadas para o bom funcionamento do serviço (Bonfim e Saraiva, 1996). Relativamente às normas gerais de funcionamento, os serviços disponibilizados e seus horários deverão estar de acordo com as necessidades da população-alvo, de forma a motivar a sua participação, não esquecendo os direitos e deveres gerais dos utentes, que se baseiam no respeito e privacidade, participação e adequação das atividades e serviços e cumprimento do regulamento interno (Bonfim e Saraiva, 1996).

O Centro de Dia estará à responsabilidade de um diretor técnico, com habilitações literárias no âmbito das ciências sociais e humanas, gerindo uma equipa técnica com um animador, ajudante de centro de dia, empregado auxiliar, cozinheiro e motorista, sendo esta uma relação para 30 utentes de um centro de dia autónomo. Quando existir a coordenação com outros equipamentos poderá partilhar serviços/colaboradores (Bonfim e Saraiva, 1996).

No que respeita à regulamentação da comparticipação dos utentes/famílias da resposta social de centro de dia, esta é preconizada no *Regulamento das comparticipações familiares devidas pela utilização dos serviços e equipamentos sociais das Instituições Particulares de Solidariedade Social* (Direção-Geral da Segurança Social, 2014) em que define a percentagem recomendada (45% a 60%) de rendimento mensal *per capita* do agregado familiar para a resposta social de centro de dia, e todas as disposições normativas para esta relação.

Por fim, o licenciamento e fiscalização desta resposta social está contemplado no Decreto-Lei n.99/2011 e no *Guia Prático – Licenciamento da Atividade dos Estabelecimentos de Apoio Social* (Instituto da Segurança Social, 2014), o qual rege a atribuição de uma licença de funcionamento de acordo com o previsto na lei.

4.2. Enquadramento Institucional Formal

4.2.1. Santa Casa da Misericórdia de Almada.

A Santa Casa de Misericórdia de Almada [SCMA] é uma instituição privada de solidariedade social, fundada em 1555 com princípios sociais e morais da doutrina cristã (SCMA, s/d). Esta instituição possui várias respostas sociais qualificadas, comprometendo-se a incluir o indivíduo na sociedade através de medidas preventivas e reabilitativas,

abrangendo várias faixas etárias da comunidade (SCMA, s/d), baseando-se em determinados valores como “moral cristã, solidariedade, amor ao próximo, humanismo, cidadania, respeito pelo indivíduo, ética profissional, responsabilidade social” (SCMA, 2014a, p.1). Deste modo, oferece vários serviços em diversos equipamentos situados no concelho de Almada, sendo o *Centro Social da Trafaria [CST]*, na Trafaria; *Centro de Apoio Integrado a Idosos de S. Lázaro, Lar D. Nuno Álvares Pereira, e Espaço Santa Casa* em Almada; *Centro Integrado Arco-Íris, Mini Creche Moinho Encantado, Espaço Jovem, Centro Comunitário PIA I, e Centro Comunitário PIA II*, em Caparica; *Lar Granja Luís Rodrigues*, em Costas de Cão; e *Complexo Social “A Casinha”*, em Sobreda (SCMA, d/s; SCMA, 2014b). De forma a perceber quais os serviços disponibilizados, em que equipamentos e qual a população abrangida, é de seguida apresentada uma tabela (Tabela 1), com a informação pertinente.

Tabela 1 – Informação dos serviços existentes, equipamentos e população abrangida da Santa Casa de Misericórdia de Almada (SCMA, d/s; SCMA, 2014b).

Resposta Social	Equipamento	Lotação e população-alvo
Creche	Centro Integrado Arco-Íris	73 crianças (SCMA, 2014c)
	Complexo Social “A Casinha”	76 crianças (SCMA, 2014d)
	Mini-creche “Moinho Encantado”- Centro Integrado Arco-Íris	29 crianças (SCMA, 2014e)
	Centro Social da Trafaria	75 crianças (SCMA, 2014f)
Creche Familiar	Creche Familiar - Complexo Social “A Casinha”	144 crianças (SCMA, 2014g)
Pré-Escolar	Centro Comunitário do PIA I	75 crianças (SCMA, 2014h)
	Centro Social da Trafaria	47 crianças (SCMA, 2014f)
	Complexo Social “A Casinha”	50 crianças (SCMA, 2014d)
Lar de Infância e Juventude	Lar D. Nuno Álvares Pereira	45 crianças e jovens (SCMA, 2014i)
Espaço Jovem	Centro Comunitário PIA II	Jovens a partir dos 12 anos (SCMA, 2014j)
Cantina Social	Centro Integrado Arco-Íris	Comunidade – protocolos de 100+65 refeições (SCMA, 2014k)
	Centro Social da Trafaria	
	Lar Granja Luís Rodrigues	
	Complexo Social “A Casinha”	
Gabinete de inserção profissional	Centro Social da Trafaria	Comunidade (SCMA, 2014f)
	Centro Comunitário PIA II	Comunidade (SCMA, 2014l)
Gabinete de Apoio ao Empreendedor	Não possui equipamento específico	Comunidade (SCMA, 2014m)
Atendimento Social de 1º linha	Centro Comunitário PIA II	Comunidade (SCMA, 2014n)

Resposta Social	Equipamento	Lotação e população-alvo
Acompanhamento Social	Centro Social da Trafaria	Famílias beneficiárias de Rendimento Social de Inserção (SCMA, 2014n)
	Centro Comunitário PIA II	
Atendimento Psicológico	Centro Comunitário PIA II	Comunidade (SCMA, 2014l)
Agricultura Solidária	Lar Granja Luís Rodrigues	Comunidade (SCMA, 2014o)
Animação Comunitária	Centro Comunitário PIA II	Comunidade (SCMA, 2014p)
Ensino para Adultos	Centro Comunitário PIA II	Comunidade (SCMA, 2014q)
Centro de dia	Centro Integrado Arco-íris	60 idosos (SCMA, 2014c)
	Centro Social da Trafaria	60 idosos (SCMA, 2014f)
Centro de convívio	Centro Integrado Arco-íris	40 idosos (SCMA, 2014c)
	Lar Granja Luís Rodrigues	119 idosos (SCMA, 2014r)
Lar	Centro de Apoio Integrado a idosos de São Lázaro	54 utentes (SCMA, 2014s)
Serviço de Apoio Domiciliário	Lar Granja Luís Rodrigues	225 utentes (SCMA, 2014t)
Centro de Recursos de Ajudas Técnicas	Lar Granja Luís Rodrigues	Apoio a Idosos/famílias (SCMA, 2014u)
	Espaço Santa Casa	
Limpezas e Apoio a idosos	Lar Granja Luís Rodrigues	Apoio a Idosos/famílias (SCMA, 2014v)
Oficina Domiciliária	Lar Granja Luís Rodrigues	Apoio a Idosos/famílias (SCMA, 2014w)
Transporte Adaptado	Lar Granja Luís Rodrigues	Comunidade (SCMA, 2014x)

Deste modo, através da análise da tabela é possível perceber a diversidade de serviços e a população abrangida pelos mesmos. De seguida, será realizada uma breve caracterização e serviços disponibilizados pelo Centro Social da Trafaria, tendo sido o equipamento onde foi realizado o estágio.

4.2.2. Centro Social da Trafaria.

O Centro Social da Trafaria [CST], como equipamento da SCMA, surge em 2004 através de uma colaboração entre a Santa Casa da Misericórdia de Almada e o Centro Distrital de Segurança Social de Setúbal, num edifício de 1943 (SCMA, s/d). Localiza-se na Trafaria, no concelho de Almada, uma vila piscatória na margem sul do Tejo, caracterizada por grande ocupação dos locais utilizados pelos pescadores para construção de habitações ilegais, uma zona denominada Torrão, e por edifícios deteriorados (Câmara Municipal de Almada, 2009).

O Centro Social da Trafaria disponibiliza respostas sociais a nível da creche, pré-escolar, acompanhamento familiar em Rendimento Social de Inserção, acompanhamento psicológico e cantina social, localizados no edifício principal. No edifício secundário funciona a reposta social de Centro de Dia e Gabinete de Inserção Profissional, onde se situa também o gabinete técnico, uma sala de pré-escolar e uma sala polivalente (SCMA, 2014f).

No âmbito da resposta social de creche, esta apresenta uma capacidade de 75 crianças, divididas em três salas, com idades entre os 3 e 36 meses, sendo a resposta social de pré-escolar constituída por duas salas, com capacidade para 47 crianças com idades entre os 3 e 5 anos. Ambos oferecem serviços na área da *alimentação, cuidados básicos de higiene, acolhimento, repouso, psicologia e psicomotricidade*. A resposta de creche providencia ainda *atividades sócio relacionais e de exploração*, e a resposta de pré-escolar oferece *atividades curriculares para a educação e atividades extracurriculares*. Ambas as respostas sociais incluem no quadro de pessoal, um total de seis educadores de infância, 11 ajudantes de ação educativa e dois auxiliares de serviços gerais (SCMA, 2014f).

Direcionados à comunidade encontram-se as respostas sociais de Gabinete de Inserção Profissional, caracterizado por identificar as necessidades e direcionar ao nível do emprego, formação, empreendedorismo e educação (SCMA, 2014y); de Cantina Social, garantindo alimentação a famílias/indivíduos em situação de apoio social, desemprego, famílias monoparentais e baixo rendimento, entre outras situações (SCMA; 2014k); e ainda a resposta social de acompanhamento social em Rendimento Social de Inserção, com o objetivo de dar resposta às necessidades identificadas no âmbito social, através da elaboração de uma intervenção conjunta com as famílias (SCMA, 2014n).

Relativamente à resposta de Centro de Dia, esta será de seguida explicitada mais aprofundadamente, visto ser o foco da intervenção.

4.2.3. Centro de Dia para a População Idosa.

O Centro de Dia é uma resposta social do Centro Social da Trafaria que presta apoio em equipamento à pessoa sénior, a pessoa em situação de dependência ou a pessoa com deficiência, pretendendo a sua manutenção no contexto social e familiar, priorizando a autonomia (SCMA, 2014z).

Com um horário de funcionamento, em dias úteis, das 8:00h às 19:00h (SCMA, 2014z), apresenta capacidade para 60 utentes, tendo como colaboradores permanentes dois ajudantes de centro de dia, um auxiliar de serviços gerais e ainda um técnico superior

(SCMA, 2014f). Proporciona um conjunto de serviços que passam pela “alimentação, tratamento de roupas, apoio psicossocial, atividades de animação/ocupação, cuidados de higiene e conforto, apoio na cedência de descartáveis e ajudas técnicas, e transporte” (SCMA, 2014z, p. 4), e ainda “diligências de rua, cuidados de saúde e assistência medicamentosa, (...), movimento, grupo coral, psicologia e terapia ocupacional” (SCMA, 2014f, p.1). Estes apoios possibilitam a permanência da pessoa idosa no seu meio habitacional, tentando evitar a dependência total e institucionalização (SCMA, 2014z). Para um melhor funcionamento dos serviços, é necessário que exista consideração pela individualidade e privacidade de cada utente, participação no processo individual, respeito pelos outros utentes e colaboradores, e uso correto dos equipamentos e instalações (SCMA, 2014z).

Relativamente à admissão em Centro de Dia, é necessária uma inscrição realizada pelo candidato ou responsável com o apoio de um técnico, acompanhada por fotocópia de documentação (identificação, saúde, rendimentos, despesas, entre outros). São considerados determinados critérios prioritários que se baseiam na situação de dependência e idade dos candidatos, inaccessos a prestadores de cuidados diários básicos e vulnerabilidade socioeconómica (SCMA, 2014z). Tendo em conta estes critérios e o número de vagas, é realizada uma entrevista com o candidato e/ou responsável, onde é iniciada a elaboração do processo individual do utente. Este processo é composto por uma parte de carácter identificativo e socioeconómico que contém a “ficha de inscrição, admissão, documentos pessoais, documentos comprovativos de receitas e despesas, contrato, arquivo de anos transatos” (SCMA, 2014z, p. 6), e por outra de carácter interventivo constituída por “ficha de avaliação diagnóstica, avaliação das necessidades e expectativas, programa de acolhimento/ planeamento cuidados, relatório programa de acolhimento, ficha de identificação das necessidades e potenciais do cliente/utente, plano individual, monitorização do plano individual e avaliação do mesmo” (SCMA, 2014z, p. 6). Ainda, no que respeita à comparticipação financeira, é tido em conta 40% do *rendimento per capita* (calculado por *rendimento mensal líquido do agregado familiar* sem as *despesas fixas mensais* repartindo pelo *número de elementos do agregado familiar*), ou 50 % se beneficiar de jantar (SCMA, 2014z).

Considera-se importante uma referência ao nível de satisfação dos utentes relativamente ao Centro de Dia, recolhido junto dos utentes e sua família, uma vez que revela subjetivamente a qualidade do serviço. Para o ano letivo de 2014-2015, com uma taxa de resposta de 78%, satisfação dos utentes é positiva, de 80%, sendo evidenciada a boa relação interpessoal entre os colaboradores e utentes, e atividades lúdicas, sociais e

terapêuticas no Centro de Dia. Os aspetos negativos relacionam-se com a acessibilidade do espaço exterior e interior, no que é respeitante ao pavimento de ambos (SCMA, 2015).

A resposta social de centro de dia, à semelhança das outras respostas do Centro Social da Trafaria, apresenta quatro projetos propostos em plano de ação para 2015, que envolvem idosos, suas famílias e crianças do ensino pré-escolar e 1º ciclo (SCMA, 2014aa). O primeiro projeto, *Viver Sem Idade*, pretende a promoção do bem-estar e qualidade de vida dos utentes através de um conjunto de atividades lúdicas, desportivas e ocupacionais, visitas ao exterior e momentos religiosos. Também o projeto *Retalhos Tecidos em Manta* consiste na criação livre de retalhos em tecido pelos idosos em conjunto com a sua família, crianças e suas famílias e colaboradores, com o intuito de promover e preservar as relações familiares e autoestima. Privilegiando a relação e partilha de conhecimentos entre crianças e idosos, o projeto *Entre Gerações* pretende a realização conjunta de lanches, atelieres de culinária e comemoração de datas festivas. Por fim, o último projeto para o Centro de Dia denomina-se *Conviver com a Demência*, consistindo na realização de atividades de estimulação cognitiva e sensorial, adaptação do exterior para estímulos sensoriais e também apoio psicológico aos prestadores de cuidados (SCMA, 2014aa).

Após a contextualização teórica acerca das características da população-alvo e do local de realização da prática profissionalizante, estão reunidas as condições para a apresentação da realização da prática profissional.

Realização da Prática Profissional

A Realização da Prática Profissional engloba uma breve caracterização do contexto de intervenção e da população-alvo, a descrição das duas etapas do estágio e, ainda, apresentação de uma intervenção grupal e outra individual.

1. Caraterização do Contexto da Intervenção

Apesar de anteriormente ter sido realizado uma caracterização mais formal da instituição, no Capítulo *Caracterização Institucional*, surge a necessidade de caracterizar mais especificamente o contexto aquando da intervenção, para fundamentação e contextualização de algumas práticas, pelo que serão descritos brevemente o espaço, equipa técnica acompanhada e rotinas dos utentes.

É relevante a referência à utilização do termo utente ao longo do relatório, sendo esta a designação utilizada na instituição.

No que é respeitante ao espaço da intervenção, as instalações do Centro de dia são constituídas por um salão, copa/bar e instalações sanitárias. O salão, um espaço amplo, compreende uma área de sala de convívio, com cadeiras e cadeirões rodeando uma televisão, uma área de atelieres de costura e trabalhos manuais, com uma mesa e cadeiras, e área de refeições, como é visível na Imagem 1. É frequente a realização de sessões e atividades nestas três áreas do salão. Posteriormente também foram realizadas sessões numa sala polivalente, no mesmo edifício, com mesa e cadeiras disponíveis, sendo possível alterar as suas disposições quando necessário.

Relativamente à equipa técnica, esta é constituída pela diretora técnica, três ajudantes de centro de dia, e uma auxiliar de serviços gerais. O papel de animador sociocultural é desempenhado por uma das ajudantes de centro de dia. Em estágio curricular encontra-se um psicólogo, um massagista e uma animadora sociocultural. As reuniões de equipa realizavam-se sempre que necessário, não existindo um horário fixo, sendo a maioria de carácter informal.

No que concerne à rotina diária dos utentes do centro de dia, esta iniciava-se com a chegada dos utentes à instituição, através do serviço de transporte, das 9h00 às 11h00 aproximadamente, sendo também a hora do pequeno-almoço dos que usufruem deste serviço. A hora das 11h00 ao 12h30, estava destinada às atividades lúdico e socioculturais como eucaristia, grupo coral, atelieres, atividade desportiva, entre outros. Seguia-se o almoço, e retornavam-se as atividades das 14h00 às 15h00, hora do lanche. Entre as 15h30-16h00 e as 17h30 os utentes regressam ao domicílio, usufruindo de transporte.

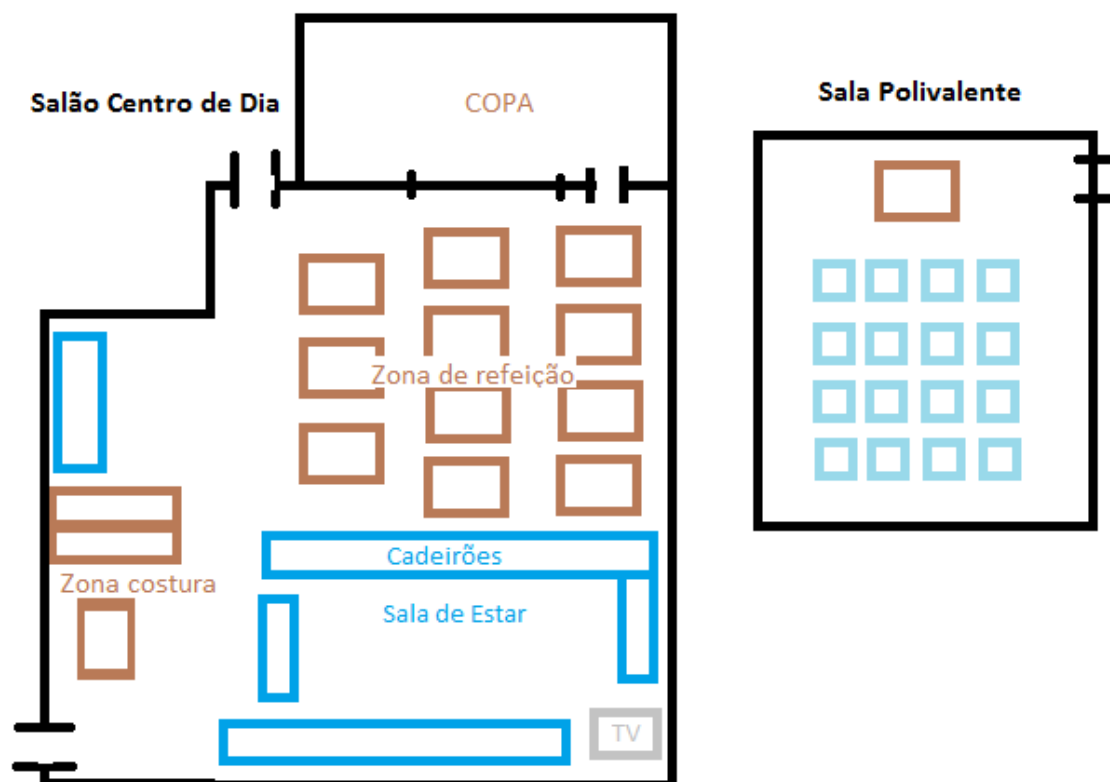


Imagem 1 – Planta esquemática do espaço do Salão de Centro de Dia e Sala Polivalente, do Centro Social da Trafaria

2. Caracterização da População-Alvo

De forma a conhecer quais as necessidades da população-alvo, será de seguida realizada uma caracterização de utentes de equipamentos da SCMA destinados a pessoas idosas da Santa Casa da Misericórdia de Almada e, seguidamente, uma caracterização mais específica dos utentes que frequentam o centro de dia do Centro Social da Trafaria.

Esta caracterização foi realizada no âmbito da colaboração de um estudo de identificação do perfil psicomotor de utentes da Santa Casa da Misericórdia de Almada, inserido no processo de validação e aferição do instrumento de avaliação geriátrico *Exame Gerontopsicomotor* (Morais, Fiúza, Santos e Lebre, 2012) para a população portuguesa, serão referidos os resultados obtidos de forma a caracterizar este grupo de utentes representantes das respostas sociais da SCMA destinadas a pessoas idosas. De forma a apoiar a caracterização dos participantes em vários aspetos, o estudo utilizou outros instrumentos para este fim, nomeadamente o *Mini Mental State Examination* (MMSE), Escala de *Graffar* e Índices de *Barthel* e *Lawton*. Este relatório de

caracterização do perfil psicomotor estará em anexo (Anexo A), sendo uma versão provisória do mesmo.

Participaram no estudo 46 utentes da SCMA, dos quatro equipamentos destinados a gerontes, já referidos no capítulo *Enquadramento Institucional*, maioritariamente do género feminino (76,1%). Metade dos participantes incluem-se na faixa etária dos 75 a 84 anos, tendo 39,1% 85 anos ou mais e 10,9% estão na faixa etária dos 60-74 anos. No que respeita ao diagnóstico, 30,4% apresentam demência não especificada, 19,6% dos utentes apresentam outros diagnósticos como Doença de Parkinson, AVC, Diabetes Mellitus, Artropatias, doenças cardiovasculares e músculo-esqueléticas e metade dos utentes não apresentam diagnóstico estabelecido. A maioria dos participantes encontra-se na resposta social de centro de dia (73,9%), não tem intervenção terapêutica (89,1%) e necessita de tecnologias de apoio (65,2%), tais como bengala/canadiana, óculos e cadeira de rodas. No que é respeitante às habilitações académicas, 58,7% dos participantes apresenta entre quatro a nove anos de escolaridade, 37% são analfabetos ou têm menos de quatro anos de escolaridade, e 4,3% apresentam entre nove a doze anos de escolaridade.

Relativamente a uma caracterização socioeconómica, 63% dos participantes pertencem à classe social média-baixa, na medida em que a maioria apresenta uma escolaridade entre quatro a nove anos, tendo sido operários especializados, motoristas, entre outros, sendo pensionistas, reformados, vencimentos incertos ou com renumerações inferiores ou iguais ao salário mínimo. Ainda, 34,8% residem em condições precárias, mas 37% dos participantes residem num bairro residencial bom.

No que respeita a uma caracterização funcional, a maioria dos participantes (56,5%) são ligeiramente dependentes no que respeita às atividades básicas da vida diária, tendo uma maior necessidade de apoio a nível do banho e subir as escadas. Ainda, 30,4% dos participantes são independentes, e 13% são moderada a totalmente dependentes. No que é respeitante às atividades instrumentais de vida diária, a maioria dos participantes são dependentes (sendo 48% moderadamente dependentes e 48% severamente dependentes), necessitando de apoio a nível da medicação, preparação de refeições, lavagem das roupas e ir às compras.

Relativamente a uma caracterização a nível cognitivo, 43,5% dos participantes apresentam défice cognitivo, apresentando mais dificuldades a nível da evocação de palavras, habilidade construtiva e orientação temporal, tendo maior desempenho na área de retenção de palavras e linguagem.

Por fim, no que é respeitante à caracterização psicomotora dos participantes, estes apresentam, em valores médios, um maior desempenho nas tarefas de equilíbrio estático em apoio bipodal (tendo o Equilíbrio estático I valor médio de 5,7), a marcha

(Equilíbrio dinâmico I – 5), a execução com os membros inferiores de movimentos precisos com controlo e destreza (Motricidade fina dos membros inferiores – 5), o conhecimento e perceção do corpo no espaço (conhecimento das partes do corpo – 4,8), a manutenção da atenção/concentração (Vigilância - 4,9). Revelaram mais dificuldade em tarefas mais complexas do equilíbrio (Equilíbrio Estático II – 2,4; Equilíbrio Dinâmico II – 3,4), memória perceptiva (cotação de 3) e memória verbal (cotação de 3,3).

Esta caracterização permite que exista uma perceção das características das pessoas idosas que usufruem das respostas sociais de centro de dia e lar da SCMA, no concelho de Almada.

De forma a especificar as características da população-alvo do estágio, ir-se-á realizar uma breve caracterização da população que usufrui dos serviços de centro de dia do Centro Social da Trafaria. Os dados recolhidos em 2014 pela instituição, em plano de ação (SCMA, 2014aa) referem que, naquele instante, 58 utentes frequentam o centro de dia, mas durante o ano de 2014 frequentaram 74 utentes, sendo 48 utentes do género feminino e 26 do género masculino. Apresentam idades compreendidas entre os 40 e os 90 anos, em que 54% dos utentes pertencem à faixa etária de 80 a 90 anos, 27% à faixa de 70 a 79 anos, 11% à faixa etária dos 60 anos a 69 anos, e 8% à faixa etária dos 40 a 59 anos. A maioria dos utentes (91%) são residentes na freguesia da Trafaria e os restantes de outras freguesias no concelho de Almada. Relativamente a habilitações literárias, 74% dos utentes frequentaram o 1º ciclo e 4% dos utentes o 2/3º ciclo, apesar de muitos revelarem dificuldades a nível da escrita e leitura decorrentes da idade e patologias relacionadas, sendo ainda 22% dos utentes analfabetos (SCMA, 2014aa).

Respeitante às patologias diagnosticadas, dois utentes apresentam doença psiquiátrica, quatro utentes demência de Alzheimer, dois utentes apresentam doença de Parkinson e 14 utentes outras demências não especificadas. No que é respeitante ao grau de dependência a nível de atividades básicas de vida diária, 32 utentes são autónomos (43%), 19 dependência ligeira (26%), 11 dependência moderada (15%), e 12 utentes apresentam dependência severa (16%). Relativamente a atividades instrumentais de vida diária, os utentes demonstram necessidades a nível da administração da medicação, preparação da alimentação e lavagem de roupa, sendo serviços providenciados por esta resposta social. Um maior grau de dependência está relacionado com a necessidade de utilização de apoios técnicos (bengalas, próteses auditivas, entre outros), e dependência de índole cognitiva, implicando apoio na higiene pessoal, alimentação, entre outros (SCMA, 2014aa).

3. Etapas da Intervenção do Estágio

Devido à tipologia de intervenção realizada no centro de dia do Centro Social da Trafaria no âmbito do estágio curricular, este capítulo aborda de forma segmentada as duas etapas de intervenção, tendo sido uma primeira fase de adaptação e a segunda direcionada para sessões de psicomotricidade mais estruturadas. No entanto existiram aspetos contextuais e transversais a toda a intervenção que serão de seguida descritos.

3.1. Aspetos Transversais

O estágio curricular iniciou-se no dia 20 de Outubro de 2014, tendo existido uma reunião prévia no local de estágio com a estagiária, orientador académico e orientador local (Diretora Técnica e Psicóloga), tendo o seu término a 29 de Maio de 2015, apesar de algumas avaliações ainda decorrerem no mês de Junho. Acordou-se um horário semanal de segunda-feira a quinta-feira, das 11h00 às 17h00, apesar de por vezes existir a necessidade de alteração de horário para o apoio em atividades no centro de dia. Relativamente ao horário semanal de sessões de psicomotricidade, uma vez que existiram duas fases de intervenção, este não foi uniforme, pelo que estará explicado em cada fase da intervenção.

De forma a sintetizar os acontecimentos e etapas realizadas, é de seguida apresentada a Tabela 2 com a informação pertinente.

Tabela 2 – Cronograma das atividades de estágio

Data	Acontecimento
8 Out 2014	Colocações nos locais de estágio
16 Out 2014	Reunião com Prof. Orientador Académico e Orientador local, no CST
20 Out 2014	Início das atividades de estágio no CST Início da Fase de Adaptação/Observação
27 Out 2014	Início da intervenção psicomotora de carácter ludicorecreativo
31 Out 2014	Reunião com Prof. Orientador Académico
28 Nov 2014	Reunião com Prof. Orientador Académico
22 Dez 2014- 5 Jan 2015	Interrupção (Natal)
13 Jan 2015	Início da intervenção psicomotora
16 Fev 2015 20 Fev 2015	Interrupção (Carnaval)
6 Mar 2015	Reunião com Prof. Orientador Académico
30 Mar 2015 6 Abr 2015	Interrupção (Páscoa)
29 Mai 2015	Término das atividades de estágio

3.2.Primeira etapa (Outubro-Dezembro)

Este período de adaptação decorreu entre os meses de Outubro e Dezembro. Numa primeira fase do estágio realizou-se uma análise das dinâmicas da instituição e rotina dos utentes, suas necessidades e preferências, através de observação e diálogo com os mesmos e com a equipa técnica. Numa primeira análise, eram pouco os utentes que estavam predispostos a participar em atividades, mostrando resistência nas atividades mais elaboradas, tendo já rotineiro a visualização da televisão durante todo o dia. Como forma de integração na instituição, a psicomotricista optou inicialmente por participar e organizar em momentos lúdico-recreativos de forma a criar uma relação empática com os mesmos, conseguir a sua confiança, e iniciar uma participação mais ativa dos utentes em diferentes atividades. De forma a corresponder às necessidades da instituição e uma vez que coincidira com uma reestruturação da equipa técnica, com a admissão da estagiária de animação sociocultural, foi proposto um plano semanal de atividades, com algumas participações conjuntas, sendo determinadas sessões. Elaborou-se uma proposta de plano semanal conjunto (Anexo B)

Intervenção realizada.

A intervenção foi maioritariamente realizada em contexto de salão, compreendendo as sessões de jogos cognitivos, orientação diária e ateliers. As sessões/atividades não possuíam uma estrutura rígida devido à inexistência um grupo fixo acompanhado, uma vez que o grupo diário era formado pelos utentes que demonstravam vontade para participar. Deste modo as atividades eram planeadas no geral, sendo adaptadas às necessidades e dificuldades do grupo. As sessões realizavam-se maioritariamente no salão, tendo sido algumas realizadas no exterior, quanto o clima o permitia. Uma vez que os utentes demonstravam alguma resistência em participar, sendo por vezes necessário um diálogo prévio motivador, revelou-se importante visualizarem as sessões com os outros utentes para a adesão em próximas sessões.

No que é respeitante à escolha da tipologia das sessões, esta baseou-se nas necessidades gerais observadas e sugestões da equipa técnica, por avaliação informal. No que é respeitante à orientação, não existia uma referência à data da diária visível, pelo que foi realizado um quadro de orientação espaciotemporal e exposto junto ao relógio do salão. As sessões de estimulação cognitiva incidiram inicialmente em jogos de mesa já do conhecimento dos utentes de forma a motivar a sua participação, e a sessão do movimento surgiu devido à observação de inatividade física. Por fim, os ateliers surgiram devido à necessidade de realizar artigos para uma venda de natal, de

forma a angariar fundo monetário para o centro de dia, e para a comemoração de datas festivas.

Deste modo, de forma a esquematizar as características da intervenção realizada durante este período, segue-se a Tabela 3.

Tabela 3 - Esquematização da intervenção grupal na 1.º fase da intervenção

Sessão	Objetivos	Tipo de atividades	Local	Duração	N.º médio de participantes na sessão/N. total de participantes	Frequência sessões realizadas
Orientação diária	<ul style="list-style-type: none"> - Estimulação da organização espacial e temporal - Promoção do diálogo entre utentes 	<ul style="list-style-type: none"> - Questionar os utentes acerca do dia do mês, dia da semana, mês, ano, estação do ano, tempo atmosférico e local. - Diálogo acerca de acontecimentos do dia, dia anterior e notícias relevantes 	Salão	10 minutos	todos os utentes do centro de dia presentes	Diariamente
Jogos Cognitivos	Manutenção da autonomia e funcionalidade: <ul style="list-style-type: none"> -Manutenção das funções cognitivas (atenção, memória, perceção) - Promoção do diálogo e convívio entre utentes 	Atividades do conhecimento dos utentes, com pequenas alterações, jogando de forma autónoma (bingo, dominó, escrita, calculo). Era necessário a técnica juntar o grupo e dar motivação para tal.	Mesas de refeição	45 minutos	3/10	Diariamente
Ateliers	Manutenção/estimulação da motricidade fina, atenção, memória, agilidade e destreza <ul style="list-style-type: none"> - Estimulação da criatividade - Promoção de bem-estar Aproximação ao quotidiano <ul style="list-style-type: none"> - Promoção de interação entre utentes 	<ul style="list-style-type: none"> - ateliers temáticos festivos (São Martinho, Natal...) -ateliers de culinária - criação de objetos com materiais reciclados <ul style="list-style-type: none"> - costura - colagens 	Zona de Atelier de Costura/Mesas de Refeição	45 minutos	5/20	17

Avaliação informal da intervenção.

Estas sessões iniciais permitiram que fossem identificados os interesses, necessidades e dificuldades dos utentes à medida que estes iam participando nas sessões realizadas. Deste modo, foi possível a elaboração de grupos de intervenção com elementos com características similares, para a futura intervenção. Esta tipologia de intervenção contribuiu também para uma boa relação entre os utentes e a para uma aproximação entre a psicomotricista e os utentes, que promovia uma maior confiança e motivação para a adesão às atividades. Permitiu também uma maior aproximação entre os elementos da equipa técnica e a psicomotricista uma vez que algumas das atividades foram realizadas em conjunto.

No que é respeitante às alterações inerentes a cada indivíduo, foi observado informalmente uma evolução a nível de competências cognitivas, como uma maior atenção direcionada para a tarefa, a nível de competências sociais, como entre ajuda e socialização entre utentes, e de competências psicomotoras, como a evocação livre e reconhecimento da data do dia.

3.3.Segunda etapa (Janeiro-Maio)

Nesta etapa foi realizado uma reestruturação das intervenções realizadas, de forma a incluir sessões de psicomotricidade mais estruturadas. Desta forma, elaborou-se um plano semanal, como mostra o Anexo C.

Deste modo foram realizadas intervenções em grupo, como o grupo “Cabeça Tronco e Membros”, e intervenções individuais com três utentes, utente C, utente B e utente J. Foram também realizadas sessões de movimento e sessões de estimulação cognitiva. Ainda, é de referir que algumas sessões realizadas na primeira etapa, anteriormente referida, continuaram a ser realizadas, mas com menor frequência.

A intervenção em grupo “Cabeça, tronco e membros” e a intervenção individual com a utente C serão abordadas mais aprofundadamente no capítulo seguinte, e as restantes abordadas de forma sucinta neste capítulo.

Sessões de grupo.

No que é respeitante às sessões de grupo, é de seguida apresentada uma tabela (Tabela 4), em que é esquematizada quais as intervenções grupais realizadas (sem a intervenção do grupo “Cabeça, Tronco e Membros”), os seus objetivos, tipo de atividades realizadas, local, duração média, número médio de participantes na sessão e número de sessões realizadas.

Tabela 4 – Esquematisação da intervenção grupal na 2.º fase da intervenção

Sessão	Objetivos	Tipo de atividades	Local	Duração	N.º médio de participantes na sessão	N.º sessões realizadas
Orientação diária	<ul style="list-style-type: none"> - Estimulação da organização espacial e temporal - Promoção do diálogo entre utentes 	<ul style="list-style-type: none"> - Questionar os utentes acerca do dia do mês, dia da semana, mês, ano, estação do ano, tempo atmosférico e local. - Diálogo acerca de acontecimentos do dia, dia anterior e notícias relevantes 	Salão	10 minutos	todos os utentes do centro de dia presentes	Diariamente
Grupo demências	<ul style="list-style-type: none"> - Estimulação das funções cognitivas (atenção, memória, perceção) - Estimulação das capacidades de socialização e comunicativas - Promoção do bem-estar - Estimulação das competências psicomotoras 	<ul style="list-style-type: none"> - Atividades realizadas em contexto de salão e no exterior - Atividades de estimulação cognitiva, realizadas no salão (escrita, cálculo, resolução de problemas) - Estimulação sensorial realizada no exterior 	Mesas de refeição/exterior	45 minutos	2/3 utentes	Semanalmente
Movimento/relaxação	<ul style="list-style-type: none"> - Estimulação dos fatores psic motores (adequação da tonicidade, equilíbrio estático e dinâmico, lateralidade, motricidade global) - Mobilização corporal e consciência corporal - Promoção do diálogo e convívio 	<ul style="list-style-type: none"> - Movimentos leves de mobilização articular e musculas (com e sem apoio) - Jogos tradicionais - Relaxação (muscular, articular e respiratória) 	Zona de convívio/ exterior	30 minutos	Utentes presentes no salão	Quinzenalmente

Avaliação informal das sessões.

Foi possível verificar um acompanhamento da Orientação Diária, em que nesta etapa os utentes já tinham esta atividade rotinada, estando o quadro de orientação à responsabilidade de um dos utentes. As sessões de estimulação cognitiva/sensorial estavam essencialmente direcionadas para um grupo de pessoas com diagnóstico demencial, pelo que não foram totalmente cumpridas por constrangimentos relativos aos utentes, relacionados com o estado geral de saúde do momento, bem como a

difficuldade em promover a motivação e adesão ao programa de estimulação cognitiva denominado “Making a Difference” (Spector, Thorgrimsen, Woods e Orrell, 2006) inicialmente planeado (traduzido a nível experimental por um grupo de alunos de reabilitação psicomotora, ver exemplo em Anexo D).. As sessões de movimento ou relaxação eram realizadas em contexto de salão, sendo apreciadas pelos utentes.

Intervenções individuais.

Relativamente às intervenções individuais do utente B e J será de seguida realizada uma breve descrição dos mesmos e descrição das sessões realizadas. As intervenções com estes utentes foram sugeridas pela Diretora Técnica.

Intervenção utente B.

A utente frequenta o Centro de Dia da Trafaria e apresenta um diagnóstico de Demência de Alzheimer. É natural da ilha da Madeira, tem 60 anos, é casada e pertence a um estrato social alto. Era restauradora de artefactos como profissão. Aquando da entrada na instituição tinha dificuldades de comunicação acentuadas (ecolalia e dificuldade na compreensão da instrução) e deambulação constante. No entanto, a utente tinha momentos em que interagia com os outros através de sorrisos ou pequenas palavras simples. A nível motor não aparentava ter qualquer constrangimento e, enquadrando-se numa estrutura endomorfa, possuía bastante força. Posteriormente começou a demonstrar comportamentos agressivos, tanto físicos como verbais. A utente frequentou o centro de dia entre Novembro de 2014 e Abril de 2015, tendo posteriormente ingressado num lar.

No que respeita à intervenção, os objetivos definidos prendiam-se com a promoção do bem-estar e qualidade de vida. As sessões eram semi-estruturadas, sendo que a psicomotricista levava diferentes atividades e materiais de forma a perceber qual a sua reação. Inicialmente ficara definido sessões duas vezes por semana, de 45 minutos cada, mas posteriormente foi necessário acompanhar a utente individualmente sempre que esta se encontrava mais agitada, de forma a tentar reduzir essa agitação e também para não perturbar o ambiente no salão. Deste modo, em conjunto com a equipa técnica, determinaram-se estratégias baseadas nas suas reações a diferentes estímulos e meios. Assim a intervenção realizava-se em dois contextos: exterior e interior.

No que é respeitante ao meio exterior, a utente demonstrava-se mais calma aquando da caminhada em redor do edifício do centro de dia, no jardim. Como estratégias, a psicomotricista direcionava a utente para o percurso pedestre através de exemplificação (a psicomotricista ia à frente e a utente seguia-a), de forma a evitar que

esta pisasse os canteiros e/ou outros caminhos menos apropriados, sob o risco de queda. Quando esta estratégia não resultava, tentava-se que esta respondesse pelo nome e seguisse a direção do diálogo. Ainda, a psicomotricista tentava que esta se apercebesse do ambiente que a rodeava, através de estimulação sensorial (e.g. dando-lhe a cheirar as ervas aromáticas do jardim, movimentando o baloiço, providenciar-lhe folhas das árvores para agarrar, entre outros). No entanto, a utente apenas prestava atenção durante alguns segundos, não permanecendo no lugar por mais que esse tempo e continuando a deambular.

Relativamente à intervenção no interior, esta realizava-se na sala polivalente. Caracterizava-se por um ambiente calmo e com poucos estímulos. Aos poucos a psicomotricista ia introduzindo vários estímulos através de diferentes materiais. Numa fase inicial, a utente reagia a diferentes sons (e.g. músicas clássicas e madeirenses), cores (e.g. tintas e pintura) e movimentos (e.g. em lançamentos de uma bola, agarrava-a e lançava-a), focando a sua atenção durante alguns minutos e reagia ao toque do outro. Posteriormente, deambulava no interior da sala e demonstrava comportamentos agressivos, não reagindo a estímulos, ficando por vezes serena ao som de música calma.

Numa fase posterior, a utente começou a demonstrar sinais de desgaste físico, a nível da tonicidade, em que apresentava hipotonicidade a nível do pescoço, o que lhe causava bastante mau estar demonstrado pela expressão facial de dor, e menor deambulação. Em determinados momentos, apresentava uma redução rápida do tónus muscular nos membros inferiores, pelo que resultava em queda.

Deste modo, a utente ingressou já no centro de dia numa fase já avançada de demência e foi visível uma evolução rápida da mesma.

Intervenção utente J.

O utente J tem 41 anos, solteiro, era pedreiro/ladrilhador de profissão e reside num meio socioeconómico desfavorecido. Realiza as atividades básicas de vida diária autonomamente mas necessita de apoio nas atividades institucionais. Sabe ler e escrever, gostando de ler o jornal diário e desportivo e de visualizar televisão. É sedentário, e não tem motivação para realizar as atividades que lhe são propostas, recusando-se frequentemente. O motivo da sua vinda para este centro de apoio deve-se ao facto de ter sofrido um AVC aos 36 anos, que o deixou com sequelas a nível motor, tendo uma hemiparesia no lado direito, bem como limitações ao nível da linguagem. No que é respeitante à componente motora, o utente demonstra dificuldade na marcha, necessitando de tecnologia de apoio (canadiana), e em realizar movimentos com o membro superior direito, apresentando rigidez muscular, implicando uma

dificuldade nas atividades diárias (e.g. comer, escrever). Relativamente às dificuldades comunicativas, revela dificuldade na expressão oral (afasia), que se caracteriza principalmente pela dificuldade de evocação de palavras em português, sendo um discurso marcado por frases pequenas e simples com hesitações e/ou frases com palavras em francês (uma das línguas do país de origem). Deste modo, não demonstra motivação para comunicar e relacionar-se com outros, fazendo com que não pratique esta capacidade.

A intervenção com o utente J tinha como objetivos a promoção do bem-estar e qualidade de vida do utente, através da estimulação da expressão oral e da motricidade global e fina. As sessões eram semanais, com a duração de 45 minutos, na sala polivalente. Tinham como estrutura o diálogo inicial (orientação temporal, notícias semanais, mobilização passiva), desenvolvimento de atividades (grafomotricidade, relaxação e percurso psicomotor) e diálogo final (feedback, mobilização passiva). De referir que o percurso psicomotor era realizado no exterior, utilizando um caminho pedestre, espaldares, canteiros, entre outros, tendo a psicomotricista proposto ao utente que realizasse diariamente.

No final do período da intervenção, o utente já interagia mais com os outros utentes e colaboradores, e referia que notava diferenças a nível motor.

4. Intervenção Psicomotora

Da intervenção psicomotora realizada, optou-se por especificar e analisar uma em contexto grupal, Grupo “Cabeça, Tronco e Membros”, e outra em contexto individual, intervenção com utente C. Esta escolha relaciona-se com o facto da quantidade e qualidade da informação recolhida e da intervenção, sendo aprofundada a caracterização da população-alvo, plano interventivo e avaliações.

4.1. Grupo “Cabeça, Tronco e Membros”

4.1.1. Justificação da intervenção.

A necessidade da intervenção grupal surgiu através da observação dos utentes e suas interações em contexto de salão, na primeira etapa de estágio já referida. Foi notória a observação de pouca interação entre os utentes e falta de motivação para realizar determinadas tarefas que lhes eram propostas, ou porque eram pouco desafiantes aos mesmos, ou por se recusarem a realizar tarefas em conjunto com determinados utentes. Também, foi referido por alguns utentes a necessidade de se criar atividades mais direcionadas para a manutenção das suas competências e de atividades realizadas num contexto mais particular. Deste modo, a seleção dos utentes prendeu-se principalmente com a motivação para a participação nas sessões, de forma a garantir a sua permanência e motivação ao longo das sessões do grupo, no feedback providenciado pela equipa e na observação informal.

4.1.2. Breve caracterização do grupo.

O Grupo “Cabeça, Tronco e Membros” é formado por oito elementos: utente E, utente V, utente A, utente M, utente P, utente L, utente F, utente I. No entanto, ao longo das sessões, foram também participando esporadicamente outros 13 utentes, tendo uma participação de entre uma a sete sessões cada utente.

De forma a caracterizar o grupo é, de seguida, realizada uma breve descrição de cada elemento:

Utente E: Tem 81 anos, tendo nascido em Fevereiro de 1933. É viúva e vive atualmente com o filho, num apartamento. Trabalhou como maquinista numa fábrica de redes de pesca e possui o quarto ano de escolaridade, sabendo ler e escrever. Gosta de realizar trabalhos manuais de renda e apenas é mais próxima relacionalmente com uma utente que conheceu no centro de dia (utente V). A utente utiliza cadeira de rodas

para se deslocar em grandes distâncias e andarilho em pequenas distâncias. Apresenta algumas dificuldades respiratórias e sofreu um AVC. No que respeita às atividades instrumentais da vida diária, necessita de muita ajuda (severamente dependente), e ligeiramente dependente nas atividades básicas.

Utente V: Nasceu em Maio de 1932 (82 anos). É viúva, vive na Trafaria e sempre foi doméstica. Aprecia realizar os seus trabalhos de costura e renda. É uma utente bastante compreensiva e carinhosa, participando em todas as atividades que lhe são propostas, sabendo ler e escrever, à exceção das que não consegue realizar devido à necessidade da utilização de duas canadianas para se deslocar. Esta dificuldade a nível locomotor deve-se a sequelas de um AVC. No entanto, a utente vive sozinha, é independente a nível das atividades básicas e instrumentais da vida diária.

Utente A: O utente tem 83 anos (Novembro 1931), vive atualmente com o seu filho num apartamento, e foi pintor de profissão. Apresenta disponibilidade para algumas tarefas, quando motivado, e gosta bastante de jogar dominó. Relaciona-se bem com os pares de género masculino. Apresenta diagnóstico de perturbação depressiva. Apresenta dificuldades a nível visual que o impossibilitam de realizar algumas tarefas, mas é frequente recursá-las sem experienciar, e dificultam a leitura e escrita. Apresenta independência nas atividades básicas de vida diária, mas dependente nas instrumentais, em parte devido ao seu problema de visão e necessidade de utilização de canadiana.

Utente M: Nasceu em Agosto de 1940, tendo 74 anos. Frequentou o quarto ano de escolaridade, sabendo ler e escrever, e teve a profissão de motorista. Teve um problema de saúde em criança, causando-lhe um encurtamento de uma das pernas e, já recentemente, realizou uma operação aos joelhos, pelo que necessita do apoio de uma bengala. Apresenta dependência moderada nas atividades instrumentais de vida diária, vivendo com a sua filha, e realiza as atividades básicas de forma independente. É recetivo nas atividades que lhe são propostas, participando em jogos de mesa e ateliers, e relaciona-se com todos os utentes do centro.

Utente P: A utente tem 81 anos (Setembro 1933), é viúva e não teve filhos. Atualmente mora sozinha numa moradia num meio socioeconómico desfavorecido. É ligeiramente dependente a nível das atividades básicas de vida diária, mas necessita de algum apoio a nível instrumental, devido a problemas visuais e de locomoção, necessitando do auxílio de uma bengala. A utente sempre trabalhou como doméstica, não tendo frequentado a escola. Apenas sabe assinar o seu nome. Participa nas atividades quando solicitado previamente, não tomando iniciativa.

Utente L: Tem 90 anos, tendo nascido a Julho de 1924. Vive com a filha, e a nível das atividades básicas de vida diária é independente, mas necessita de algum

apoio nas atividades instrumentais. É bastante ativa, participando em várias atividades externas ao centro de dia. Diariamente realiza trabalhos de costura para os ateliers, para o CST e para outros utentes. Frequentou o quarto ano de escolaridade, e trabalhou como costureira.

Utente F: A utente tem 76 anos (Maio 1938), não frequentou a escola, e trabalhou como auxiliar de limpezas. Atualmente vive com a filha e netos, apresenta um diagnóstico de Demência de Alzheimer sendo moderadamente dependente em atividades instrumentais e ligeiramente dependente em atividades básicas de vida diária. Necessita do apoio de uma bengala para se deslocar. Ainda, apresenta problemas de saúde associados ao aparelho cardiovascular, depressão e dificuldades visuais. Tem bastante gosto em realizar atividades que envolvam pintura, no entanto, apresenta dificuldades a nível visual que não lhe permitem realizar as atividades como desejaria. Por vezes envolve-se em pequenos conflitos com outros idosos.

Utente I: Nasceu em Julho de 1939 (75 anos), foi costureira numa fábrica de calças, frequentou o quarto ano e apresenta diagnóstico de Demência de Alzheimer. Vive na Trafaria, sozinha, mas necessita de alguns apoios a nível instrumental e é ligeiramente dependente a nível das atividades de vida diária. A utente apresenta problemas de saúde a nível de depressão, aparelho locomotor (quedas frequentes, necessitando do apoio de uma bengala), aparelho cardíaco, e visuais. Apresenta alguma relutância em participar em atividades, e envolve-se por vezes em conflitos com outros utentes.

De uma forma mais sucinta, os utentes apresentam idades entre os 74 e 90 anos, e a maioria (sete utentes) necessita de tecnologias de apoio para se deslocarem. Dois dos utentes apresentam diagnóstico de Demência de Alzheimer.

4.1.3. Avaliação.

Para a intervenção grupal, a avaliação Inicial e Final foi realizada através do Exame GerontoPsicomotor (EGP) (Morais et al., 2012), de forma a avaliar as competências psicomotoras, adaptação da checklist Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais (CAECC) (Matos et al. (1999) e adaptação da General Health Questionnaire (GHQ) (Cleary, Goldberg, Kessler e Nycz, 1982), para avaliação das competências sociais e estado geral de saúde.

Deste modo, será de seguida realizada uma breve descrição de cada instrumento, sendo de seguida justificadas as alterações realizadas, e quais os procedimentos e condições de aplicação.

Exame Gerontopsicomotor.

O Exame Geronto-Psicomotor (EGP) é um instrumento de avaliação psicomotora utilizado para despiste e a ajuda no esclarecimento dos diagnósticos estabelecidos. Este é utilizado antes de se iniciar um projeto terapêutico, ou seja, uma intervenção (neste caso psicomotora) e deve ser aplicado 3 meses, 6 meses e 1 ano após a primeira aplicação. A aplicação do teste pode ser feita em 1 hora, de uma só vez ou em duas, sendo a ordem de aplicação dos itens adaptada à pessoa. Apesar desta ordem poder ser alterada, a ordem dos subitens/tarefas deverá ser seguida. É necessário ter em atenção que os itens apresentam mais do que uma tentativa (Morais et al., 2012).

É composto por 52 itens, com propriedades psicométricas, divididos em 17 domínios e estes têm em consideração os aspetos quantitativos e qualitativos (Morais et al., 2012). Deste modo os domínios avaliados são então: Equilíbrio Estático I, Equilíbrio Estático II, Equilíbrio Dinâmico I, Equilíbrio Dinâmico II, Mobilização articular dos membros superiores, Mobilização articular dos membros inferiores, Motricidade fina dos membros superiores, Motricidade fina dos membros inferiores, Praxias, Conhecimento das partes do corpo, Vigilância, Memória Percetiva, Domínio Espacial, Memória verbal, Perceção, Domínio Temporal e Comunicação (Morais et al., 2012).

A cotação é realizada pelo avaliador e varia consoante os itens, sendo que o máximo de cada domínio são seis valores. Esta é atribuída tendo em conta o desempenho do participante. Se um item é difícil para o sujeito, o avaliador deve passar para o seguinte. É atribuída a cotação 0 no caso de insucesso, recusa ou incapacidade de realizar, não sendo anotada no espaço da cotação (Morais et al., 2012).

Checklist Aprendizagem Estruturada em Competências Sociais.

De acordo com Matos et al. (2005), a Checklist Aprendizagem Estruturada em Competências Sociais foi inicialmente elaborada por Goldstein (1980) e posteriormente adaptada e traduzida por Matos et al. (1999). Através da análise das respostas aos itens referentes a competências sociais é possível realizar uma pontuação indicativa de uma maior competência nos mesmos. As suas seis subescalas, denominadas *Competências Sociais Básicas*, *Competências Sociais Avançadas*, *Competências para lidar com os sentimentos*, *Competências alternativas à agressividade*, *Competências para lidar com o stress*, e *Competências de planeamento*, integram no total 40 itens, cotados entre nunca e sempre, numa escala de 1 a 5, respetivamente (Matos et al, 2005).

General Health Questionnaire.

O *General Health Questionnaire (GHQ)* é um instrumento composto por um questionário que pretende detetar perturbações psiquiátricas (não psicóticas), tais como, a depressão, ansiedade e comportamento social (Cleary, Goldberg, Kessler e Nycz, 1982). É um questionário simples, breve e de fácil aplicação (Montazeri, Harirchi, Shariati, Garmaroudi, Ebadi e Fateh, 2003).

O questionário foi originalmente desenvolvido como um instrumento composto por 60 itens, mas apresenta uma série de versões reduzidas do questionário incluindo o GHQ-12 (Montazeri et al., 2003).

Segundo os mesmos autores, a pontuação deste varia entre 12 e 48. Cada item é avaliado numa escala de quatro pontos (1- mais do que o habitualmente; 2 – como habitualmente; 3- menos do que o habitualmente e 4- muito menos do que o habitualmente).

Adaptação dos instrumentos de avaliação.

Optou-se por se realizar uma adaptação dos instrumentos de avaliação Checklist Aprendizagem Estruturada em Competências Sociais e General Health Questionnaire, para a avaliação da intervenção em grupo. A necessidade destas avaliações surgiram para colmatar a avaliação em áreas não avaliadas pelo instrumento EGP, nomeadamente nas competências sociais e estado geral de saúde. Relativamente às adaptações realizadas estas basearam-se na omissão de alguns itens presentes que não eram abrangidos nas sessões e/ou não tinham a relevância necessária, com o objetivo de encurtar a avaliação.

No que é respeitante à Checklist Aprendizagem Estruturada em Competências Sociais, nas primeiras duas subescala *Competências Sociais Básicas* e *Competências Sociais Avançadas*, apenas foram considerados os itens 1.1. *Ouvir*, 1.2. *Começar uma conversa*, 1.5. *Dizer obrigado*, 1.8. *Dar um elogio*, 2.3. *Pedir ajuda*, 2.4. *Juntar-se a um grupo*, 2.5. *Explicar uma tarefa*, 2.6. *Seguir instruções* e 2.7. *Pedir desculpa*. Na terceira e quarta escala, *Competências para lidar com os sentimentos* e *Competências alternativas à agressividade*, foram ponderados os itens 3.2. *Expressar os sentimentos*, 3.3. *Compreender os sentimentos dos outros*, 3.4. *Lidar com a fúria de alguém*, 3.5. *Expressar afeto*, 4.3. *Ajudar os outros*, 4.5. *Controlar-se a si mesmo* e 4.8. *Evitar problemas com os outros*. Relativamente aos outros dois domínios, *Competências para lidar com o stress* e *Competências de planeamento*, não foram considerados itens para esta avaliação. Esta seleção prende-se não só com a relação da tipologia de algumas atividades utilizadas durante a sessão, mas também devido à observação prévia por parte da técnica de algumas atitudes negativas dos utentes em contexto de salão, tendo

existido também o propósito de criar alguma empatia entre os utentes aquando da formação grupal, permitindo um transfer para as relações de salão. No que é respeitante à cotação, esta manteve-se de 1 (nunca) a 5 (sempre), sendo realizada uma comparação entre os resultados iniciais e finais.

Relativamente ao questionário geral de saúde General Health Questionnaire, apenas foram considerados os itens *Tem conseguido concentrar-se no que faz?*, *Tem sentido prazer nas suas atividades diárias?* e *Tem-se sentido razoavelmente feliz?*. Esta seleção depara-se com a necessidade de avaliar de uma forma mais generalizada dos efeitos da intervenção relativamente ao bem-estar emocional causado pela mesma. A cotação manteve-se, de *melhor que habitualmente* até *muito menos do que habitualmente*, e à semelhança da anterior, permite que exista uma comparação dos resultados iniciais e finais.

Procedimentos e condições de aplicação da avaliação inicial e final.

Respeitante aos procedimentos éticos, os utentes foram avisados previamente das avaliações, tendo sido permitidas pela diretora técnica, e consentidas verbalmente pelos utentes. Foram realizadas maioritariamente na sala polivalente do CST, sala ampla com cadeiras e mesas móveis, e no gabinete técnico, sala mais pequena com uma secretária e cadeiras. Relativamente à data das aplicações, as avaliações iniciais decorreram entre 20 de Novembro de 2014 e 12 de Janeiro de 2015, e as finais entre 5 de Maio de 2015 e 17 de Junho de 2015.

Relativamente à tipologia de aplicação, o EGP foi preenchido pela técnica através dos resultados obtidos nas tarefas propostas ao utente, seguindo as instruções e lógica do mesmo. A GHQ foi aplicada através de questionamento ao utente e preenchida pela técnica, enquanto que a Checklist de Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais foi preenchida pelo técnico com base nas observações realizadas em contexto de sessão, em conjunto com um auxiliar de centro de dia, de forma a caracterizar as ações fora do contexto da sessão.

4.1.4. Perfil intra-individual do grupo.

De acordo com os resultados obtidos, realizou-se uma média da pontuação de cada item obtida. Os valores poderão ser observados no subcapítulo “Apresentação de Resultados” na Tabela 6. Deste modo foi possível perceber, como grupo, quais as áreas em que a intervenção deverá incidir mais especificamente e quais as áreas que terão menos necessidades. Estas não devem ser descuradas, integrando-as na intervenção, para que não deixem de ser estimuladas.

Áreas de capacidade (fortes): Vigilância, Equilíbrio estático I, Motricidade fina membros inferiores, Comunicação, Conhecimento das partes do corpo e Equilíbrio dinâmico I.

Áreas de dificuldade (menos fortes): Equilíbrio estático II, Equilíbrio dinâmico II, Memória Percetiva, Domínio Temporal, Praxia, Memória verbal e Motricidade fina membros superiores.

4.1.5. Plano de intervenção.

Neste subcapítulo, plano de intervenção, serão abordados os aspetos relacionados com o planeamento e estrutura da intervenção, de acordo com as necessidades e características individuais analisadas na avaliação inicial, observação e anamnese dos utentes. Deste modo, são referidos os objetivos da intervenção, quais estratégias a utilizar e estrutura das sessões.

Os objetivos da intervenção são baseados nas áreas de capacidade e de dificuldade do grupo, anteriormente referidas, e na observação informal realizada previamente. É de referir que nem todas as áreas fortes poderão ser abrangidas, devido ao curto período programado para a intervenção e condições de segurança, priorizando-se algumas de acordo com necessidades e interesses dos utentes, sendo visível na Tabela 5.

Tabela 5 – Esquematização do Plano de Intervenção para o grupo “Cabeça, Tronco e Membros”

Área	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Exemplo de Atividades	Frequência das atividades	Estratégias
Psicomotricidade	Promover o Equilíbrio	Promover o equilíbrio estático unipodal e pontal dos pés Promover o equilíbrio dinâmico	Deslocação para a sala polivalente Jogos de acompanhamento rítmico Jogos com materiais (pontapear e apanhar bolas/balões) “Bowling com os pés”	11	- demonstração, -reforço de instruções, -feedback, -atividades sugeridas pelos utentes, -atividades de sucesso em sessões prévias,
	Promover a estruturação espaço-temporal	Estimular o domínio Temporal	Orientação diária Diálogo acerca de acontecimentos semanais “Fazer música”; “Ritmo”	18	

	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Exemplo de Atividades		versões modificadas
	Potenciar a praxia fina	Promover a praxia Estimular a motricidade fina membros superiores.	Mobilização ativa Mímica/"Eu quem sou?" "Balão vai no ar"; "Lá vai o ovo"; "Corridas de garrafas"	16	
Cognição	Estimular a memória	Estimulação da memória perceptiva (visual, tátil e motora) Estimulação da memória verbal	Referir no final quais as atividades realizadas durante a sessão "sequencia do quotidiano" "Ler notícias" Troca de roupa?"	21	
Socioafetividade	Promover a interação social	Estimulação da socialização e comunicação	"Jogo dos nomes"; "A bola fugitiva" Expressão de estado de espírito e sentimentos	11	
	Promover o bem-estar geral	Potenciar a autoestima Potenciar o bem-estar físico e emocional	Relaxação; "O meu afeto" "Caixa das qualidades"	2	

De referir que os exemplos de atividades providenciados poderão ter vários objetivos, mas poderão estar apenas exemplificando determinado objetivo.

4.1.6. Intervenção.

As sessões realizavam-se com periodicidade semanal, às terças-feiras (ocasionalmente em outro dia da semana, quando não era possível) das 11:30h – 12:15h, na sala polivalente. Estavam previstas 13 sessões, mas apenas se realizaram 11 sessões devido a incompatibilidades da sala, da técnica ou outras atividades programadas pela instituição. As sessões seguiam uma estrutura de diálogo inicial, em que era realizada a orientação espacial e temporal, diálogo acerca de notícias semanais e acontecimentos semanais do centro de dia. Seguia-se o desenvolvimento das atividades e o diálogo final com componentes de retorno à calma e obtenção de feedback da sessão. O grupo chama-se "Cabeça, tronco e membros" pois foi o nome que os utentes sugeriram justificando que nas sessões realizam atividades que envolvem o "pensar e movimentos do corpo". Encontra-se um exemplo de um Planeamento (Anexo E) e de Relatório de Sessão (Anexo F) em anexo.

A Intervenção Psicomotora para Pessoas Idosas no Centro Social da Trafaria

4.1.7. Apresentação de resultados.

No que é respeitante à avaliação da intervenção psicomotora no grupo “Cabeça, tronco e membros” serão apresentados os dados obtidos relativamente à avaliação inicial e final dos oito utentes e, também, uma média dos resultados obtidos para o grupo de cada item. Esta avaliação englobou, como já referido, o instrumento *Exame Gerontopsicomotor* (Tabela 6), a adaptação do instrumento *Checklist Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais* (Tabela 7) e adaptação do instrumento *General Health Questionnaire* (Tabela 8). Será posteriormente realizada uma análise dos dados, de cada utente, e no geral.

Tabela 6 – Resultados obtidos na avaliação inicial e final na avaliação através do instrumento EGP para o grupo “Cabeça, Tronco e Membros”

Itens do EGP	Avaliações por Utente																								Avaliações por média dos itens do EGP	
	E 9 sessões			V 11 sessões			A 5 sessões			M 11 sessões			P 10 sessões			L 11 sessões			F 5 sessões			I 5 sessões				
	I	F	≠	I	F	≠	I	F	≠	I	F	≠	I	F	≠	I	F	≠	I	F	≠	I	F	≠	I	F
E.Est. I	4	5	↑	6	6	=	6	6	=	6	6	=	6	6	=	6	6	=	6	6	=	6	6	=	5,8	5,9
E.Est. II	0	1	↑	3	2	↓	1	3	↑	1	1	=	2	1	↓	4	4	=	2	3	↑	3	1	↓	2	2
E. Din. I	4	4	=	6	5	↓	5	6	↑	6	6	=	5	5	=	6	6	=	6	6	=	6	5	↓	5,5	5,4
E. Din. II	0	0	=	3	3	=	3	3	=	3	3	=	3	3	=	6	6	=	3	3	=	3	0	↓	3	2,6
Mob. Art. MS	5	6	↑	5	6	↑	5	4,5	↓	4	4,5	↑	3	4	↑	6	6	=	3	4	↑	6	6	=	4,6	5,1
Mob. Art. MI	3,5	5	↑	5	6	↑	4	3	↓	3,5	3	↓	3	3	=	5	6	↑	3	3	=	6	6	=	4,1	3,6
Mot. Fina MS	5	6	↑	3	5	↑	2,5	2	↓	4,5	5	↑	4	2,5	↓	5,5	5	↓	4	4	=	3	2	↓	3,9	3,9
Mot. Fina MI	5,5	6	↑	6	6	=	6	5	↓	5	5	=	5	6	↑	6	6	=	6	6	=	6	6	=	5,7	5,8
Praxia	3,5	4,5	↑	5	4,5	↓	3	3,5	↑	5,5	5,5	=	1,5	3,5	↑	5,5	5,5	=	3	3,5	↑	3	2	↓	3,8	4,1
Conh. Partes corpo	6	6	=	6	6	=	4,5	4	↓	6	6	=	4,5	3,5	↓	6	6	=	6	5,5	↓	5,5	4	↓	5,6	5,1

A Intervenção Psicomotora para Pessoas Idosas no Centro Social da Trafaria

Itens do EGP	Avaliações por Utente																								Avaliações por média dos itens do EGP	
	E 9 sessões			V 11 sessões			A 5 sessões			M 11 sessões			P 10 sessões			L 11 sessões			F 5 sessões			I 5 sessões				
	I	F	≠	I	F	≠	I	F	≠	I	F	≠	I	F	≠	I	F	≠	I	F	≠	I	F	≠	I	F
Vigilância	6	6	=	6	6	=	6	5,5	↓	6	6	=	6	3,5	↓	6	6	=	6	6	=	6	5	↓	6	5,5
Mem. perçetiva	5	2,5	↓	5	5,5	↑	2	2	=	3	4,5	↑	4	3	↓	4,5	3	↓	2	0,5	↓	2,5	0,5	↓	3,5	2,7
D. Espacial	5,5	5,5	=	6	6	=	5	5	=	5,5	6	↑	4	5	↑	5,5	5	↓	3,5	4	↑	4,5	3	↓	4,9	4,9
Mem. Verbal	4	5	↑	5	5	=	3	3	=	5	5	=	4	4	=	5	6	↑	3	3	=	2,5	3	↑	3,9	4,1
Percepção	5	5,5	↑	6	6	=	3	3,5	↑	4,5	5,5	↑	2	3,5	↑	4,5	5	↑	4	3,5	↓	3,5	3	↓	4,1	4,4
Dom. Temporal	4,5	5	↑	6	6	=	3	5	↑	5,5	5,5	=	1	4	↑	4	5,5	↑	4	4	=	5	3	↓	3,6	5,3
Comunicação	6	6	=	6	6	=	6	5	↓	6	6	=	4,5	6	↑	6	6	=	5	5	=	6	2	↓	5,7	5,3
TOTAL	72,5	79	↑	88	90	↑	68	69	↑	80	83,5	↑	62,5	66,5	↑	91,5	93	↑	69,5	70	↑	77,5	57,5	↓	75,7	75,7

Tabela 7 – Resultados obtidos na avaliação inicial e final na avaliação através do instrumento CAECS para o grupo “Cabeça, Tronco e Membros”

Itens do CAECS	Avaliações por Utente																					Avaliações por média dos itens do CAECS				
	E 9 sessões			V 11 sessões			A 5 sessões			M 11 sessões			P 10 sessões			L 11 sessões			F 5 sessões					I 5 sessões		
	I	F	≠	I	F	≠	I	F	≠	I	F	≠	I	F	≠	I	F	≠	I	F	≠	I	F	≠	I	F
1- Competências Sociais Básicas	19	21	↑	23	25	↑	22	18	↓	20	23	↑	19	25	↑	23	24	↑	17	23	↑	20	22	↑	20	23

2 Competências Sociais Avançadas	-	11	13	↑	18	19	↑	14	16	↑	14	19	↑	10	16	↑	19	20	↑	17	16	↑	13	12	↓	15	16
3 Competências para Lidar com os Sentimentos	-	11	12	↑	14	19	↑	12	12	=	9	13	↑	14	17	↑	16	20	↑	12	15	↑	10	12	↑	12	15
4 Competências Alternativas à Agressividade	-	8	11	↑	15	15	=	12	15	↑	9	12	↑	11	13	↑	15	15	=	7	10	↑	7	10	↑	11	13
TOTAL		49	57	↑	70	78	↑	60	61	↑	52	67	↑	54	71	↑	73	79	↑	53	64	↑	50	56	↑	58	67

Tabela 8 – Resultados obtidos na avaliação inicial e final na avaliação através do instrumento GHQ para o grupo “Cabeça, Tronco e Membros”

Itens do GHQ	Avaliações por Utente																					Avaliações por média dos itens do GHQ					
	E 9 sessões			V 11 sessões			A 5 sessões			M 11 sessões			P 10 sessões			L 11 sessões			F 5 sessões					I 5 sessões			
	I	F	≠	I	F	≠	I	F	≠	I	F	≠	I	F	≠	I	F	≠	I	F	≠	I	F	≠	I	F	
“Tem conseguido concentrar-se no que faz?”	2	2	=	2	2	=	2	1	↓	2	1	↓	2	2	=	2	1	↓	2	2	=	2	2	=	2		1,625
“Tem sentido prazer nas suas atividades diárias?”	2	2	=	2	2	=	2	2	=	3	1	↓	2	2	=	2	1	↓	2	1	↓	2	2	=	2,12		1,625
“Tem-se sentido razoavelmente feliz?”	3	2	↓	2	1	↓	3	2	↓	3	2	↓	2	2	=	1	1	=	3	1	↓	2	2	=	2,375		1,625
TOTAL	7	6	↓	6	5	↓	7	5	↓	8	4	↓	6	6	=	5	3	↓	7	4	↓	6	6	=	6,495		4.875

4.1.8. Análise e discussão de resultados.

Apesar de a intervenção ser realizada em grupo, irá ser realizada primeiramente uma análise de cada utente. O objetivo da intervenção é a manutenção e estimulação de competências psicomotoras, cognitivas e socioafetivas de cada utente, pelo que será relevante analisar as alterações avaliadas individualmente.

Avaliação das competências psicomotoras (EGP).

Utente E

Relativamente à avaliação das competências psicomotoras, foi visível uma melhoria no geral. Esta verificou-se a nível do Equilíbrio Estático I e II, Mobilização Articular Membros Superiores e Inferiores, Motricidade Fina Membros Superiores e Inferiores, Praxia, Memória Verbal, Perceção e Domínio Temporal. No que é respeitante aos domínios do Equilíbrio, verificou-se uma evolução da utilização de dois apoios para um apoio, no primeiro domínio, e da realização de colocar-se sobre um pé, contrastante da não realização do domínio por motivos de segurança. Tal deve-se à utente aquando do momento da avaliação inicial se deslocar em cadeira de rodas e em andarilho, e na final se deslocar com maior conforto e facilidade no andarilho e por vezes, utilizando uma canadiana. Existiu assim maior facilidade de deslocação no geral. Relativamente aos domínios relacionados com a Mobilização Articular, nos membros inferiores, verificou-se uma menor resistência muscular, na passividade, e uma maior disponibilidade nos movimentos ativos; e nos membros superiores a realização da ação abotoar mais rapidamente. Relativamente às Praxias, verificou-se uma alteração a nível da pantomina, existindo verbalização numa primeira avaliação, e referente à Memória Verbal e Perceção observou-se uma maior retenção de palavras na evocação diferida e identificação de todas as imagens. Ainda, referente ao Domínio Temporal, verificou-se uma melhor orientação para a realidade, contrastando com a dificuldade de identificação do dia do mês e ano na primeira avaliação, observando-se, contudo, uma maior dificuldade na sequencialização de eventos relativamente ao tempo permitido para cotação da tarefa com sucesso. No entanto, verificou-se uma alteração negativa referente ao domínio de Memória Percetiva, a nível da evocação de cores e evocação de posições.

Utente V

Relativamente ao domínio psicomotor, verificaram-se alterações positivas no geral, mais concretamente a nível dos domínios de Mobilização Articular dos Membros Superiores e Inferiores, Motricidade Fina dos Membros Superiores e Memória Percetiva. Na Mobilização Articular, tanto nos membros superiores como inferiores, verificou-se uma melhoria a nível da mobilização ativa, e no domínio Motricidade Fina dos Membros Superiores observou-se uma maior facilidade no tamborilar na avaliação final. A nível da Memória Percetiva, existiram o mesmo número de palavras evocadas de forma livre, sendo, no entanto, realizada a evocação da restante palavra por pista na avaliação final. Contudo, verificaram-se alguns domínios onde surgiram algumas dificuldades, nomeadamente no Equilíbrio Estático II, Equilíbrio Dinâmico I, e Praxias, estando relacionadas com a não colocação na ponta de um pé, na avaliação final; utilização de uma canadiana na marcha, contrastando com uma marcha sem apoios técnicos na avaliação inicial; e dificuldades na pantomina, utilizando a mão e dedos como prolongamento do corpo.

Utente A

No que é respeitante ao domínio psicomotor, de um modo geral, verificou-se uma melhoria, mais concretamente melhorias nos domínios Equilíbrio Estático II, Equilíbrio Dinâmico I, Praxia, Perceção e Domínio Temporal. Estas alterações nos domínios do Equilíbrio relacionaram-se com a realização das tarefas de permanência nas pontas dos dois pés e num pé com apoio na avaliação final, com apoio, tendo existido maior dificuldade e recusa na primeira avaliação, e na realização de marcha sem apoio da canadiana na última avaliação. Denotou-se uma maior segurança e conforto do utente na realização destas tarefas entre as duas avaliações. A nível das Praxias verificou-se sucesso na realização de duas tarefas na pantomima, contrastando com a apatia verificada na primeira avaliação. No entanto verificou-se na avaliação final uma dificuldade na realização de uma das figuras geométricas, contrastando com a inicial. A melhoria registada no domínio Perceção deve-se ao facto de ter existido recusa inicial da tarefa de cantiga conhecida, tendo sido executada de forma correta na avaliação final. Denotaram-se dificuldades a nível da identificação de imagens, na avaliação final, podendo ter sido causadas pelo agravamento das dificuldades visuais do utente, reportadas pelo mesmo. Ainda, a nível do Domínio Temporal o utente apresentou na avaliação inicial dificuldades no dia do mês e na

orientação dos dias da semana e meses, pelo que na avaliação final essas dificuldades foram ultrapassadas.

Relativamente aos domínios em que se verificaram algumas dificuldades na avaliação inicial comparativamente com a final, estes resumiram-se a Mobilização Articular Membros Inferiores e dos Membros Superiores, e Motricidade Fina dos Membros Inferiores, Conhecimento das Partes do Corpo e Vigilância. No que é respeitante à Mobilização Articular, revelou-se uma maior rigidez muscular na mobilização passiva em ambos os membros superiores e inferiores, e na Motricidade Fina uma maior dificuldade de colocação dos pés nas pegadas localizadas lateralmente, induzindo uma maior dificuldade na amplitude dos movimentos nos membros inferiores. No domínio Conhecimento das Partes do Corpo, verificou-se maior dificuldade do que na inicial em conseguir identificar as figuras corporais com partes ausentes devido ao problema de visão. Denotou-se também alguma distração referente à imitação de posições, tendo sido também apresentada na tarefa de identificação de cores do domínio Vigilância.

Utente M

No domínio psicomotor, verificou-se uma melhoria de 3,5 valores na avaliação final comparativamente à avaliação inicial. Esta deveu-se a uma maior cotação nos domínios de Mobilização Articular e Motricidade Fina dos Membros Superiores, Memória Percetiva e Perceção. Nos itens relativos aos membros superiores, foi observada uma menor rigidez muscular e o sucesso no tamborilar inverso da mão esquerda. Relativamente à Memória Percetiva e Perceção existiram alterações positivas a nível da evocação de cores e posições, e uma maior fluidez na leitura que permitiram a cotação do item de leitura de texto. Verificou-se no entanto uma descida na cotação da Mobilização Articular dos Membros Inferiores, tendo sido observada rigidez muscular na mobilização passiva, tendo o utente referido que se devia ao “nervosismo”.

Utente P

No que é respeitante à avaliação das competências psicomotoras, a utente revelou melhorias em várias áreas, e consequentemente, na pontuação total. As alterações positivas realizaram-se a nível dos domínios de Mobilização Articular dos Membros Superiores, Motricidade Fina dos Membros Inferiores, Domínio Espacial, Perceção, Domínio Temporal e Comunicação, demonstradas pela maior passividade

a nível dos pulsos, maior amplitude de movimento dos membros inferiores, maior demonstração de atenção nas tarefas do domínio espacial, melhoria no sentido de ritmo na tarefa de cantar uma cantiga, e um maior sucesso relativo à providência da data de nascimento e data atual. Relativamente às alterações caracterizadas por um pior desempenho destacam-se o Equilíbrio Estático II, com dificuldade em permanecer cinco segundos sobre um pé com apoio; Motricidade Fina dos Membros Superiores, demonstrando mais dificuldade a nível da oposição do polegar esquerdo e maior lentidão na realização das tarefas de abotoar e desabotoar; Conhecimento das partes do corpo, relacionadas com a não identificação das partes do corpo ausentes na figura, indicação das partes do corpo e recuperação de posições; Vigilância, existindo bastante antecipação dos movimentos para agarrar o cubo ao sinal; e Memória Percetiva, com alguma dificuldade na evocação de cores e posições. Estes resultados poderão dever-se a um aumento nas dificuldades de visão, influenciando a prova com figuras humanas, e aumento das dificuldades auditivas, podendo influenciar a instrução de algumas tarefas, sendo estas as queixas frequentes por parte do utente do dia-a-dia, não sendo denotadas outras dificuldades, e.g. dificuldades de memória, pelo utente ou pelos cuidadores.

Utente L

Existiu uma evolução positiva no geral no que é respeitante aos aspetos psicomotores, tendo contribuído uma melhoria nos domínios de Mobilização Articular Membros Inferiores, Memória Verbal, Perceção e Domínio Temporal. No que é respeitante à Mobilização Articular, verificou-se um acesso à passividade a nível dos tornozelos na avaliação final. Referente ao Domínio Temporal, verificaram-se alterações positivas relativas ao ano de nascimento na avaliação final, e maior diminuição do tempo da tarefa de sequência de eventos, o que permitiu cotar como sucesso na avaliação final, embora em ambas tenha conseguido realizar a sequência lógica. Existiram, contudo, domínios em que se revelaram maiores dificuldades, como a Motricidade Fina dos Membros Superiores (dificuldade na tarefa de tamborilar na mão esquerda) e Memória Percetiva (existência de evocação livre de duas palavras e reconhecimento da terceira na avaliação inicial, contrastando com apenas a evocação livre de uma palavra, na final). Esta diminuição da cotação destes domínios poderá dever-se à deterioração natural causada pelo envelhecimento normal, dado ser uma utente com uma idade avançada (90 anos), e/ou a fatores influenciadores aquando do momento da avaliação.

Utente F

A nível Psicomotor, verificou-se uma ligeira melhoria, quando observada a pontuação total. Deste modo existiram alterações positivas a nível dos domínios de Equilíbrio Estático II, Mobilização Articular dos Membros Superiores, Praxias, Domínio Espacial. No que concerne ao Equilíbrio, a utente realizou a tarefa na ponta dos dois pés sem apoio numa fase final, contrastando com uma necessidade de apoio da mesa na fase inicial. Relativamente à Mobilização Articular dos Membros Superiores e Praxias, denotou-se um acesso à passividade na avaliação final nos pulsos, e facilidade na tarefa de cumprimentar no item pantomina. No Domínio Espacial, existiu uma melhor cotação referente à orientação dos objetos no espaço, comparativamente a uma avaliação inicial.

Verificaram-se, no entanto, algumas dificuldades nos domínios de Conhecimento das Partes do Corpo, Memória Percetiva e Percepção. No Conhecimento das Partes do Corpo verificou-se uma dificuldade em apontar para partes do corpo mediante designação verbal e, no domínio Percepção, uma dificuldade na reprodução de estruturas rítmicas. Na Memória Percetiva, foram observadas dificuldades tanto a nível de evocação de cores como de posições. Estas diferenças entre as avaliações final e inicial pode dever-se à progressão do quadro demencial diagnosticado.

Utente I

Referente às competências psicomotoras observou-se um decréscimo na pontuação total de 20 pontos aproximadamente. Este pode dever-se à progressão do quadro demencial, observado nas atividades do quotidiano. Verificaram-se assim maiores dificuldades na avaliação final da maior parte dos domínios: Equilíbrio Estático II, Equilíbrio Dinâmico I e II, Motricidade Fina dos Membros Superiores, Praxias, Conhecimento das Partes do Corpo, Vigilância, Memória Percetiva, Domínio Espacial, Percepção, Domínio Temporal e Comunicação.

Deste modo pode-se verificar uma maior dificuldade a nível do Equilíbrio, observando-se uma não realização das tarefas de ponta dos pés e marcha acelerada em contraste com a sua realização numa avaliação inicial; e necessidade de apoio de uma bengala na marcha, contrastante com a não utilização de tecnologia de apoio na avaliação individual. Relativamente aos domínios de Motricidade Fina dos Membros Superiores e Praxias, existiu uma maior dificuldade em abotoar dentro do tempo considerado de tarefa concluída com sucesso, e oponência do polegar direito contrastando com a avaliação inicial. No domínio Conhecimentos das Partes do Corpo,

a utente revelou maiores dificuldades na identificação frente/costas e algumas partes do corpo ausentes nos cartões, podendo ter sido influenciada pela dificuldade de visão referida pela utente aquando da avaliação final. Nos domínios Vigilância e Comunicação verificou-se uma dificuldade na manutenção da atenção das tarefas, na compreensão da instrução, execução da instrução, e também na linguagem coerente. Referente à Memória Percetiva e Perceção, observou-se uma dificuldade notória na evocação das cores e posições, e na dificuldade em identificar as imagens e leitura do texto, podendo dever-se a dificuldades a nível visual desenvolvidos no processo de envelhecimento e/ou condições de luminosidade da sala. Por fim, respeitante aos Domínios Temporal e Espacial, a utente revelou dificuldades na sequencialização de eventos, também devido aos fatores referidos anteriormente relacionados com a visão; e a não compreensão da instrução relativa à divisão de linhas na avaliação final, contrastando com sucesso na avaliação inicial.

Contudo, a utente demonstrou uma melhor pontuação no domínio Memória Verbal, estando relacionada com a evocação imediata das três palavras na avaliação final, ao invés de apenas duas na avaliação inicial, apesar de na avaliação inicial ter reconhecido as duas palavras em evocação diferida, contrastando com o não reconhecimento de nenhuma na avaliação final. Deste modo, é possível verificar que esta utente revelou ter um pior desempenho, pelo que se poderá inferir que existiu uma evolução do quadro demencial. Esta evolução foi também observada no quotidiano pelo resto da equipa e família.

Geral

A nível individual, pode-se observar que existiu uma subida da pontuação total entre a avaliação final e inicial de sete (em oito) utentes. Realizando uma avaliação geral do grupo, a nível psicomotor, verifica-se que a nível de pontuação total não existiu alteração, sendo a avaliação inicial e final a mesma (75,7). No entanto, este valor pode ser interpretado, no geral, que apesar de não existir uma melhoria, também não existiu uma descida na cotação, e portanto não se desenvolveram mais dificuldades decorrentes do envelhecimento, existindo assim uma manutenção das competências psicomotoras. No entanto esta avaliação da intervenção através da pontuação total apenas permite uma análise geral e subjetiva, induzindo que a cotação média para todos os domínios se manteve igual, o que não é totalmente correto.

Deste modo deverão ser analisados quais os domínios em que se verificou uma evolução e quais os que se desenvolveram mais dificuldades, e a sua relação com a

tipologia da intervenção realizada. Assim foram verificadas alterações positivas nos domínios de Mobilização Articular dos Membros Superiores, Praxias, Memória Verbal, Perceção, Domínio Temporal, Equilíbrio Estático I e Motricidade Fina dos Membros Inferiores. Estes valores poderão dever-se à tipologia e frequência das atividades realizadas durante as sessões, concordantes com o plano de intervenção realizado. Desta forma, o domínio que apresentou uma maior evolução positiva foi o Domínio Temporal, subido 1,7 pontos, tendo sido considerado uma área de dificuldade. Tal pode ser explicado devido à parte inicial da sessão, consistindo numa orientação para a realidade e, ainda, da realização também desta orientação para a realidade diariamente em contexto de salão.

Foram consideradas também áreas de dificuldade o domínio das Praxias e Memória Verbal, e nas quais se verificaram também melhorias. Para além das atividades direcionadas para estes objetivos, como atividades de memória e mímica (e.g.), também pode ter contribuído a sequencialização de tarefas e ações permitindo uma planificação motora das ações e memorização das instruções das ações a realizar. No que é respeitante à Memória Verbal, MacDonald, Almor, Henderson, Kempler e Anderson (2001) realizaram um estudo para avaliar a compreensão da linguagem e memória de trabalho na doença de Alzheimer, com 105 participantes. Concluíram que dificuldades nestes parâmetros estão correlacionadas com a doença de Alzheimer e que existe uma relação entre as representações linguísticas, processamento linguístico e memória de trabalho linguística, apesar de não serem consequentes entre elas. Assim, ao analisar os resultados obtidos, pode-se verificar que os resultados neste domínio de valor mais inferior apresentam-se nas avaliações dos utentes com quadros demenciais (Utentes F e I), e no utente com dificuldades auditivas (Utente A).

Por fim, verificam-se melhorias a nível da Mobilização Articular dos Membros Superiores, Equilíbrio Estático I e Motricidade Fina dos Membros Inferiores, sendo estes dois últimos domínios já áreas de capacidade e observando-se uma alteração de uma décima na pontuação. Relativamente à Mobilização Articular e Motricidade Fina, os valores podem dever-se à realização de atividades de mobilização ativa e atividades com bolas (e.g.), que promoveram o desenvolvimento destas competências.

Respeitante ao Equilíbrio Estático I, este valor foi influenciado por uma utente (Utente E), em que existiu uma utilização de apenas de um apoio, ao invés da necessidade de dois apoios numa avaliação inicial.

No que é respeitante aos domínios que apresentaram uma descida na pontuação média, destacam-se o Equilíbrio Dinâmico I e II, Mobilização Articular dos Membros Inferiores, Conhecimento das Partes do Corpo, Vigilância, Memória Percetiva e Comunicação.

No que é respeitante aos domínios do Equilíbrio, verifica-se uma descida menor referente ao Equilíbrio Dinâmico I, relacionado com a necessidade de apoio ou não de uma canadiana para realizar a tarefa de marcha, existindo a possível interferência a nível da mobilidade das alterações decorrentes do envelhecimento, e uma descida mais acentuada a nível do Equilíbrio Dinâmico II, provocada pelas dificuldades da utente I (em que não foi realizado por segurança) uma vez que este domínio nos restantes utentes se manteve inalterado. Guitard, Basse e Albaret (2005), aplicaram um protocolo psicomotor de reeducação do equilíbrio a 23 idosos (n=11- grupo de reeducação; n=12 – grupo de controlo). O protocolo envolvia atividades de adaptação postural, estimulação propriocetiva, estimulação vestibular, estimulação tátil, marcha, ao longo de 15 sessões. Estes autores concluíram que existiram resultados significativos relativos à diminuição da prestação do grupo de controlo e à manutenção do desempenho do grupo de reeducação. Deste modo, o Equilíbrio Dinâmico foi sinalizado como uma área de dificuldade, porém não foi realizada intervenção nesse sentido, como medida de segurança, relacionando-se com os resultados mantidos e o piorado, estando de acordo com os dados recolhidos pelos autores supramencionados, sugerindo que deveria ter existido uma maior direccionalidade das atividades das sessões para a estimulação do equilíbrio e postural.

Relativamente aos domínios de Conhecimento das Partes do Corpo, Vigilância e Comunicação, anteriormente considerados como áreas de capacidade, verificou-se uma descida de aproximadamente quatro décimas, para valores sempre superiores a 5. Relativamente ao domínio Conhecimento das Partes do Corpo, Pereira et al. (2010) realizou um estudo acerca do comportamento do esquema corporal em diferentes faixas etárias, com a participação de 146 sujeitos entre os 11 a 75 anos, tendo concluindo que começa a existir uma maior dificuldade na estimativa das dimensões do corpo à medida que a idade avança. Assim esta descida de pontuação pode ter sido influenciada pela progressão do envelhecimento. Também pode verificar-se uma dificuldade de visualização das imagens, por vezes referidas pelos utentes, podendo influenciar os resultados.

Relativamente ao domínio de Vigilância, os valores estão relacionados com o nível de atenção e execução da instrução durante a avaliação, podendo ser então

dependentes do momento da avaliação, por condições inerentes ao ambiente ou indivíduo. A nível da Comunicação, verificaram-se alterações a nível da compreensão da instrução e linguagem coerente, podendo estar associadas às dificuldades resultantes do processo de envelhecimento (caso Utente A, com dificuldades auditivas), ou progressão do quadro demencial (caso Utente I).

Por fim, o domínio Memória Perceptiva também verificou uma diminuição na cotação, com uma diferença de 3,5 para 2,7, tendo sido este domínio considerado como uma área de dificuldade. Esta diminuição acentuada pode dever-se ao facto do número de atividades destinadas à estimulação destes objetivos não serem os suficientes para a manutenção ou maximização das capacidades, não acompanhando inversamente as alterações a nível das alterações cognitivas e perceptivas do processo de envelhecimento, e no caso de F (Av. I – 2/Av. F -0,5) e I (Av. I- 2,5/Av. F -0,5), do quadro demencial. Lee, Levi, Davis, Hodges e Graham (2007), concluíram no seu estudo acerca de dificuldades de discriminação de faces e cenários, com 29 participantes, que os participantes com demência semântica apresentam maiores dificuldades em diferenciar faces e os participantes com demência de Alzheimer maiores dificuldades em diferenciar paisagens. Também Belleville, Peretz e Malenfant (1996) realizaram um estudo com o propósito de avaliarem a memória de trabalho em idosos com envelhecimento normal e em idosos com demência de Alzheimer, com 32 participantes. Concluíram que os participantes com demência de Alzheimer apresentaram maiores dificuldades neste âmbito (Belleville 1996). Deste modo, estes resultados corroboram com a descida de cotação apresentada pelos utentes com esta patologia diagnosticada

Respeitante às áreas que mantiveram a mesma pontuação, pode-se destacar os domínios de Equilíbrio Estático II, Motricidade Fina dos Membros Superiores, Domínio Espacial, em que os dois primeiros estavam indicados como áreas de dificuldade.

Assim no domínio Motricidade Fina dos Membros Superiores, verificou-se uma manutenção na pontuação de 3,9. Os autores Antes, Katzer e Corazza (2008) realizaram um estudo com 112 mulheres idosas (59-84 anos) praticantes de hidroginástica com o objetivo de avaliar a coordenação motora fina e proprioceção. Estes autores concluíram que idosas mais velhas apresentam mais dificuldades neste âmbito, comprovando o constructo de que existem perdas motoras com o avanço do envelhecimento. Deste modo, a pontuação média deste domínio poderá dever-se à faixa etária avançada dos utentes (74-90 anos).

No que é respeitante ao Domínio Espacial, Guariglia e Nitrini (2009) realizaram um estudo com 60 participantes, com e sem demência de Alzheimer, em que concluíram que os participantes com demência apresentaram maior desorientação topográfica do que os participantes sem esta patologia, verificando-se ainda uma maior dificuldade nesta área nos idosos com demência moderada comparativamente à demência ligeira. Deste modo, ao observar os resultados dos dois utentes com demência, pode-se verificar que a utente I (que apresentou declínio mais acentuado das suas capacidades entre a avaliação inicial e final), apresentou um decréscimo na cotação deste domínio.

Avaliação das Competências Sociais (CAECS).

De uma forma geral, verificaram-se valores mais elevados na avaliação final para os quatro domínios avaliados, devidas às atividades realizadas neste âmbito, socialização dos utentes durante as sessões e no contexto de salão. Tal corrobora com o estudo de Matos et al. (2005), com o propósito de avaliar os efeitos de um programa de promoção de competências pessoais e sociais com 33 idosos, em que existiu uma melhoria na perceção de bem-estar, preocupações pessoais e necessidades de aconselhamento.

No entanto é pertinente realizar uma análise individual, de forma a perceber quais as alterações que se verificaram.

Utente E

No que respeita às Competências Sociais, para o domínio das Competências Sociais Básicas, verificou-se que a utente está mais disponível para ouvir e iniciar uma conversa, e dar um elogio. Relativamente às Competências Sociais Avançadas, é possível verificar uma melhor pontuação no item de seguir instruções, no entanto, o comportamento de se juntar a um grupo e pedir desculpa manteve-se cotado como quase nunca. Existiu uma evolução relativa à compreensão de sentimentos dos outros e expressão de afetos, nas Competências para Lidar com os Sentimentos, existindo porém a diminuição de expressão dos próprios sentimentos. Por fim, relativamente a Competências Relativas à Agressividade, verificou-se uma melhoria em evitar os problemas com os outros e em controlar-se a si mesmo. Estas alterações podem dever-se ao facto de a utente antes da participação nas sessões de grupo não participar em mais nenhuma atividade que lhe era proposta, relacionando-se apenas com uma utente (Utente V), sendo observável no momento da avaliação final o estabelecimento de novas relações com outros utentes. É de referir que a utente

apresenta um meio familiar pouco estruturado, o que pode influenciar as relações interpessoais e competências sociais.

Utente V

Relativamente às Competências Sociais Básicas e Avançadas, a utente revelou uma melhoria no que é respeitante a dar um elogio, pedir ajuda e explicar uma tarefa. Existiu uma evolução positiva em todos os itens avaliados nas Competências para Lidar com os Sentimentos, e não existiu alteração nas Competências Alternativas à Agressividade. Deste modo, esta evolução pode dever-se à altura da avaliação inicial, ocorrida três meses depois do ingresso da utente, e à avaliação final depois da intervenção, permitindo que esta se sentisse à vontade para expressar afetos e sentimentos, pedir ajuda, entre outros.

Utente A

O utente, nas Competências Sociais, Competências Sociais Básicas e nas Competências para Lidar com os Sentimentos, manteve a mesma cotação. Relativamente às Competências Sociais Avançadas, verificou-se um aumento nos itens de juntar a um grupo, explicar uma tarefa e seguir instruções, tendo diminuído o item pedir desculpa. Ainda, relativamente às Competências Alternativas à Agressividade, observou-se uma melhoria nos itens ajudar os outros e controlar-se a si mesmo. Estas alterações sugerem que existiu uma maior disposição do utente em competências específicas consequentes de um trabalho em grupo.

Utente M

O utente apresenta um aumento de pelo menos um valor na maioria dos itens relativos às Competências Sociais, existindo um aumento de dois valores nos itens relativos à expressão de afetos e ajudar os outros. Verificou-se um aumento da disponibilidade relacional do utente relativamente aos outros utentes e também relativamente à equipa técnica. No entanto, é possível observar quando existe algum problema relativamente ao meio familiar (filha), existindo alguma irritabilidade.

Utente P

Relativamente às Competências Sociais Básicas, verificou-se um aumento em todos os itens, e nas Competências Sociais Avançadas, uma melhoria em seguir instruções e pedir desculpa. É visível um aumento nos itens lidar com a fúria de alguém

e expressar afeto, apresentando este último uma diferença de dois valores entre as avaliações, nas Competências para Lidar com os Sentimentos. Por fim, relativo às Competências Alternativas à Agressividade, existiu um aumento também de dois valores relativos ao item ajudar os outros.

Utente L

Apenas se verificaram alterações nas Competências Sociais Avançadas, nos itens de pedir ajuda e juntar-se a um grupo, e nas Competências para Lidar com os Sentimentos, nos itens expressar sentimentos e expressar afetos. Estas alterações podem dever-se ao facto da utente realizar a sua atividade diária (costura) na zona de costura, sem existir uma proximidade com os outros utentes para além do seu grupo próximo, sendo visíveis estas alterações referidas depois da intervenção grupal.

Utente F

A utente revelou alterações positivas em todos os domínios avaliados, sendo que nas Competências Sociais Básicas e Avançadas, existiu uma melhoria nos itens ouvir, dar um elogio, juntar-se a um grupo e pedir desculpa. Relativamente às Competências para Lidar com os Sentimentos e Competências Alternativas à Agressividade, existiu um aumento em todos os fatores, à exceção de item compreender os sentimentos dos outros. No momento da avaliação inicial, a utente encontrava-se com dificuldades na regulação emocional, sendo que qualquer situação adversa gerava uma atitude de revolta e protesto face a outros utentes.

Utente I

Relativamente às Competências Sociais, verificou-se uma melhoria no item dar um elogio, nas Competências Sociais Básicas, e nos itens pedir ajuda e juntar-se a um grupo nas Competências Sociais Avançadas. Ainda neste domínio, verificou-se uma diminuição da capacidade de explicar uma tarefa e pedir desculpa. No que é respeitante às Competências para Lidar com os Sentimentos, existiu uma diminuição na expressão de sentimentos, mas um aumento nos restantes itens. Por fim, relativamente às Competências Alternativas à Agressividade, verificou-se uma melhoria nos itens ajudar os outros e controlar-se a si mesmo.

Avaliação do Estado Geral de Saúde (GHQ).

Anteriormente à análise da avaliação do estado geral de saúde, é importante relembrar que, neste instrumento, a cotação realizada é inversa, ou seja quanto menor pontuação melhor estado de saúde geral. Deste modo, pode-se verificar um decréscimo da pontuação na avaliação final, significando melhor estado geral de saúde. Deste modo, a resposta maioritariamente reportada foi “como habitualmente”, nas três questões, verificando-se mais frequentemente numa avaliação inicial. Três dos utentes (utentes A, M, L) reportaram conseguir concentrar-se mais do que habitualmente, e ainda, ter prazer nas atividades diárias mais do que habitualmente (utentes M, L e F). Ainda, relativamente a sentirem-se razoavelmente felizes, existiu uma maior diferença entre o estado relatado na primeira avaliação (“menos do que habitualmente” ou “como habitualmente”) para o estado na segunda avaliação (“como habitualmente” ou “melhor do que habitualmente”). Estes resultados relacionam-se com a literatura apresentada por Civinski, Montibeller e Braz (2011) em que a prática corporal permite que exista um aumento da sua funcionalidade nas atividades do quotidiano, e aumento do bem-estar e consequente qualidade de vida, e pertença à sociedade. Também Assis e Parra (2014), concluem, através de revisão literária, que a participação do idoso em grupos de convivência permite que exista uma partilha de experiências e envolvimento, contribuindo para o bem-estar geral e envelhecimento bem-sucedido.

4.1.9. Conclusões e limitações.

Através dos resultados da avaliação analisados anteriormente, foi possível verificar que existiram alterações positivas e manutenção a nível das competências sociais, socioafetividade e psicomotoras. No entanto, foi possível verificar algumas dificuldades decorrentes do processo de envelhecimento normal e patológico, em que não existiu sucesso na manutenção de algumas competências. Por vezes, este não consegue ser estabilizado devido à sua natureza, devendo então ser retardado o mais possível através da intervenção (tanto psicomotora, como medicamentosa, e.g.).

No que respeita à intervenção e refletindo acerca dos resultados obtidos, a intervenção poderia ser estruturada e planeada de forma diferente, na medida em que poderia ser aplicado ou adaptado algum programa de intervenção, para um possível maior número de resultados positivos, e/ou aumentar a frequência de sessões para bissemanal, p.e., e realizar um maior número de sessões no total. Relativamente à constituição do grupo, esta poderia ser mais homogénea tendo sido encontradas dificuldades para a

concretização de atividades, como na utilização ou não de tecnologias de apoio e escolaridade (alguns não sabiam ler/escrever), e diagnósticos. No entanto a heterogeneidade permitiu uma estimulação a nível das competências sociais, na medida em que os utentes tiveram que arranjar estratégias para lidar com as características individuais, desenvolvendo o apoio mútuo nas atividades (bastante visível em todas as sessões), a expressão de afeto e até mesmo aprendizagem dos nomes próprios, apesar de a maioria já se encontrar no Centro de Dia há algum tempo aquando da realização das sessões. Foi visível, numa fase inicial, a necessidade de motivar individualmente para cada utente participar na sessão, através de um diálogo motivador prévio, sendo que esta foi substituída por motivação dos utentes em participarem, existindo um questionamento à técnica de a que horas iria começar a sessão (p.e.), e um nível de satisfação referido e demonstrado no final das sessões.

No que é respeitante à avaliação, existem algumas limitações, como os utentes não terem participado no mesmo número de sessões (não terem motivação, não se encontrarem presentes na instituição) e o facto de o instrumento CAECS ter sido apenas preenchido pela psicomotricista e um elemento da equipa técnica, e não existir um preenchimento dos utentes, para que os mesmos possam também refletir acerca das suas competências sociais, mas também ter uma comparação acerca das competências observadas e percebidas.

4.2. Estudo-caso C.

4.2.1. Breve caracterização do utente.

A utente C tem 75 anos (Maio 1940), é natural na Trafaria. Não frequentou a escola, trabalhando desde criança na venda de água na praia da Trafaria, na época balnear, e numa fábrica de conservas de sardinhas. Posteriormente trabalhou como doméstica em diversas residências. Atualmente é viúva, tem filhos, reside ainda na Trafaria, sozinha. Tem diagnóstico de Demência e realizou uma operação à anca esquerda para colocar uma prótese. Relativamente às atividades básicas de vida diária, a utente é independente, e necessita de determinado apoio nas atividades instrumentais, no que concerne à preparação da medicação, que é realizada no centro de dia. Como tecnologias de apoio, utiliza uma bengala para se deslocar no exterior e em longas distâncias, utiliza óculos e aparelho auditivo.

Começou como voluntária no centro de dia do CST, porém atualmente é utente. Participa nas atividades do quotidiano do centro de dia, como colocar a mesa, retirar

os pratos e toalhas. Gosta de ver televisão e demonstra interesse em participar em algumas nas atividades que lhe são propostas, sendo que por vezes prefere permanecer no seu lugar para falar com o seu grupo de amigas e de observar o que se passa ao redor.

4.2.2. Justificação da intervenção.

Na observação diária e contacto com a utente, denotaram-se algumas dificuldades, como dificuldade de aprendizagem de nomes de pessoas que conheceu há pouco tempo, dificuldades na orientação temporal e queixas frequentes a nível dos ombros e ancas.

4.2.3. Avaliação.

Na intervenção individual, foi realizada uma avaliação inicial e final através do Exame GerontoPsicomotor (EGP) e General Health Questionnaire, de forma a avaliar as competências psicomotoras e o estado geral de saúde. A descrição dos instrumentos de avaliação foi realizada na intervenção grupal, visto serem os mesmos instrumentos utilizados.

Respeitante aos procedimentos éticos, a avaliação foi permitida pela diretora técnica e consentida verbalmente pela utente. As avaliações foram realizadas na sala polivalente, tendo sido a inicial em 25 de Fevereiro de 2015 e a final a 26 de Maio de 2015. O EGP foi preenchido pela técnica através dos resultados obtidos nas tarefas propostas à utente, seguindo as instruções e lógica do mesmo. A GHQ foi aplicada através de questionamento ao utente e preenchida pela técnica.

4.2.4. Perfil intra-individual.

De acordo com os resultados obtidos, foi possível observar quais as áreas de maior necessidade de intervenção e quais as áreas de maior facilidade, importantes para a intervenção. Os valores poderão ser observados no subcapítulo “Apresentação de Resultados” na Tabela 10.

Áreas de capacidade (fortes): Equilíbrio estático I, Comunicação, Mobilização Articular dos Membros Superiores, Conhecimento das Partes do Corpo e Vigilância.

Áreas de dificuldade (menos fortes): Equilíbrio estático II, Domínio Temporal, Memória Perceptiva, Equilíbrio Dinâmico II, Praxias, Motricidade Fina dos Membros Superiores.

4.2.5. Plano de intervenção.

Deste modo, foi realizado um plano de intervenção, onde são referidos os aspetos referentes aos objetivos da intervenção, estratégias, atividades a realizar, entre outros, baseadas nas necessidades analisadas na avaliação individual.

Tabela 8 – Esquematização do Plano de Intervenção para o estudo-caso C

Área	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Psicomotricidade	Promover o Equilíbrio	Promover o equilíbrio estático complexo
	Promover a estruturação espaço-temporal	Estimular o domínio Temporal
	Potenciar a praxia	Promover a praxia global Estimular a motricidade fina membros superiores.
Cognição	Estimular a memória	Estimulação da memória percetiva (visual, tátil e motora)
Relacional	Promover o bem-estar	Promover o bem-estar físico e psicológico

4.2.6. Intervenção.

As sessões tinham uma periodicidade semanal, agendadas para segunda-feira à tarde, na sala polivalente, das 14:15h às 15:00 (entre o retirar das mesas do almoço e a colocação das mesas do lanche). Estavam previstas oito sessões, tendo início em 9 de Março e finalizando a 5 de Maio de 2015. No entanto foram apenas realizadas quatro sessões, não sendo todas realizadas no horário previsto, por constrangimentos da técnica ou da utente, ou outras atividades da instituição. Ainda, a utente participou em quatro sessões do grupo “Cabeça, tronco e membros”.

As sessões seguiam uma estrutura de diálogo inicial, em que era realizada a orientação espacial e temporal e diálogo acerca da semana da utente, e estado de espírito. Seguiu-se o desenvolvimento das atividades e o diálogo final com componentes de retorno à calma e obtenção de feedback da sessão.

As atividades realizadas baseavam-se em reprodução motora de planos motores elaborados através da instrução verbal da técnica, implicando uma memorização da sequência de movimentos (número de passos, direção e rapidez) e coordenação intra e inter segmentar, técnicas de respiração e consciencialização, jogos de memória, orientação para os dias da semana e meses, entre outros.

4.2.7. Apresentação de resultados.

Tabela 10 - Apresentação dos resultados da avaliação inicial e final da utente C para o EGP e GHQ

<i>Itens EGP</i>	<i>Utente C</i>		
	<i>Av I</i>	<i>Av F</i>	<i>≠</i>
<i>E.Est. I</i>	6	6	=
<i>E.Est. II</i>	2	4	↑
<i>E. Din. I</i>	6	6	=
<i>E. Din. II</i>	3	3	=
<i>Mob. Art. MS</i>	6	6	=
<i>Mob. Art. MI</i>	4,5	5	↑
<i>Mot. Fina MS</i>	3,5	5	↑
<i>Mot. Fina MI</i>	5	6	↑
<i>Praxia</i>	3,5	4	↑
<i>Conh. Partes corpo</i>	5,5	5,5	=
<i>Vigilância</i>	5,5	5,5	=
<i>Mem. Percetiva</i>	3	3	=
<i>D. Espacial</i>	3,5	4,5	↑
<i>Mem. Verbal</i>	4	3	↓
<i>Percepção</i>	4,5	3	↓
<i>Dom. Temporal</i>	2	3,5	↑
<i>Comunicação</i>	6	6	=
TOTAL	73,5	79	↑

<i>Itens GHQ</i>	<i>Utente C</i>		
	<i>Av I</i>	<i>Av F</i>	<i>≠</i>
<i>Concentração</i>	3	2	↓
<i>Horas Sono</i>	3	2	↓
<i>Papel imp.</i>	2	2	=
<i>Tomar decisões</i>	2	2	=
<i>Sob pressão</i>	3	2	↓
<i>Ultrapassar Dificuldades</i>	2	3	↑
<i>Prazer nas ativ.</i>	3	2	↓
<i>Enfrentar Prob</i>	2	3	↑
<i>Triste ou deprimido</i>	4	1	↓
<i>10 – Confiança em si</i>	1	1	=
<i>11-Pessoa de valor</i>	1	1	=
<i>12-Sentir feliz</i>	2	1	↓
TOTAL	28	23	↓

4.2.8. Análise e discussão de resultados.

Será realizada uma análise e discussão dos resultados de forma a observar quais os aspetos alterados ou não pela intervenção, e realizar uma reflexão acerca dessas alterações, baseando-se na bibliografia e aspetos observados.

Deste modo, a nível das competências psicomotoras avaliadas pelo EGP, é possível verificar que existiu uma melhoria e manutenção das competências no geral, tendo existido uma subida na pontuação total de 73,5 para 79.

No que é respeitante às evoluções positivas, estas observaram-se a nível do Equilíbrio Estático II, Mobilização Articular dos Membros Inferiores, Motricidade Fina dos Membros Superiores e Inferiores, Praxia, Domínio Espacial e Domínio Temporal. Referente ao Equilíbrio Estático II, a utente realizou na avaliação final o apoio com um pé sem apoio, tendo na inicial realizado com apoio da mesa. Conseguiu também colocar-se sob a ponta de um pé na avaliação final, com apoio e mais de cinco segundos. A nível dos membros inferiores, na Mobilização Articular a utente demonstrou-se menos resistente ao movimento numa avaliação final, acedendo a um estado de passividade, e maior amplitude articular, tendo realizado na avaliação final o posicionamento das pegadas A e D. O estado de passividade pode ter sido

influenciado pela relação empática fomentada entre a cliente e a técnica, dentro e fora das sessões, e ambos relacionados com o estado físico geral, na medida de não existirem tantas queixas físicas numa avaliação final. A evolução destes domínios podem dever-se às atividades realizadas a nível da sequencialização de ações em equilíbrio dinâmico nas sessões individuais, apesar da realização número de sessões diminutas, e na realização de atividades de coordenação segmentar, também nas grupais.

Relativamente à Motricidade Fina dos membros superiores, existiu uma evolução na dissociação digital e esquema corporal a nível fino (tamborilar), no domínio Praxia, uma melhoria na construção de uma pirâmide com cubos, tendo na avaliação inicial realizando uma estruturação de 1-2-3 cubos empilhados, para na avaliação final realizar a tarefa com sucesso em 29 segundos. Tal sugere que existiu uma melhoria na estruturação espacial e planificação da ação. Estas alterações poderão dever-se à participação da utente em atividades/ateliers realizados em contexto externo à sessão, em que eram realizadas atividades que exigiam motricidade fina e planeamento do movimento.

Referente aos domínios Espacial e Temporal, também existiram alterações positivas relativas à orientação espacial na sequência de deslocamentos com as três sequências sem sobreposição, tendo sucesso na avaliação final, em contraste com a falta de certeza na numeração dos objetos demonstrada na primeira avaliação; e relativa à informação mensal, bem como a sua sequência, e à organização de sequência de eventos com ordem lógica, existindo numa primeira avaliação uma identificação das ações em cada imagem, e numa avaliação final a realização de uma sequência com uma lógica (apesar de não ser a convencional), em 44 segundos. No que é respeitante à orientação temporal, esta melhoria pode dever-se à realização de uma orientação para a realidade através do questionamento e desenvolvimento de atividades neste sentido, tanto nas sessões como diariamente em contexto de salão. As alterações na orientação espacial podem dever-se às atividades de sequencialização de movimentos no espaço, exigindo que se memorizasse as características dos mesmos.

Verificaram-se, no entanto, alterações negativas a nível dos domínios da Memória Verbal e Perceção, existindo uma dificuldade na evocação diferida de três palavras na avaliação final, tendo existido na inicial a evocação de uma palavra; e dificuldade de identificação na avaliação final de uma imagem complexa. Estas alterações podem dever-se ao número reduzido de sessões realizadas que não permitiram o aprofundamento destas competências e também à própria evolução dos

processos do envelhecimento, causando maiores dificuldades de visão (no caso da imagem), ou até mesmo da progressão do quadro demencial.

Respeitante à avaliação realizada do General Health Questionnaire, a utente demonstrou uma evolução positiva, em que a utente reportou dormir mais horas de sono, uma vez que já não possuía tantas dores nos ombros, mais prazer nas atividades diárias e reporta maior concentração. Ainda, refere que já não se sente tanto sob pressão, pois anteriormente não conseguia realizar as tarefas, irritando-se, e agora já as realiza. Também referiu numa avaliação inicial sentir-se triste devido ao apercebimento de certas dificuldades relacionadas com a atividade diária (“por causa da cabeça”), tendo afirmado numa avaliação final que não se sentia triste. Porém reportou maior dificuldade em ultrapassar dificuldades e em enfrentar problemas, devido a problemas familiares..

Deste modo pode ser interpretado que a utente no momento da avaliação inicial apresentava um estado de saúde física (dores) que influenciavam as suas atividades diárias, e que na avaliação final, estas já não foram um fator verificado. Ainda, poder-se-á observar que numa fase inicial a utente começou a demonstrar sinais de apercebimento de certas diferenças na sua funcionalidade que a deixavam triste, mas que ainda podia não considerar como dificuldades, sendo este aspeto verificado numa avaliação final.

4.2.9. Conclusões e limitações.

A utente revelou uma evolução positiva entre as avaliações, podendo ser justificada pela participação da utente em várias atividades, como atelieres e intervenção grupal, uma vez que o número de sessões individuais realizadas não foram consideradas suficientes para, exclusivamente, originarem esta evolução.

Ainda, foram observadas algumas limitações, como a intervenção apenas se ter iniciado em Março e alguma alteração dos horários por fatores relativos à técnica, disponibilidade da utente ou necessidade de realização de outras tarefas. Ainda, foi refletida a pertinência de integração formal da utente na intervenção grupal realizada, uma vez que apresentava necessidades semelhantes ao perfil grupal. No entanto algumas das atividades realizadas na sessão individual, relacionadas com o deslocamento no espaço, ficariam condicionadas uma vez que se revelava desadequado para a maioria dos participantes que utilizam tecnologias de apoio, por insucesso ou questões de segurança. Deste modo, existiu ainda, numa fase intermédia

esta integração da utente nas sessões grupais em simultâneo com a intervenção individual.

5. Atividades Complementares de Formação

As atividades complementares de formação relacionam-se com as atividades realizadas aquando do estágio profissionalizante e que contribuíram para a formação do estagiário.

Deste modo, respeitante à instituição existiram experiencias diversificadas:

- Possibilidade de um acompanhamento dos idosos em três visitas culturais, permitindo observar os seus comportamentos e necessidades num contexto externo;
- Participação em projetos previstos em plano de ação, referidos no enquadramento institucional, participando nos projetos Entre-gerações, Retalhos em Manta e Conviver com as Demências (já explicitados no capítulo de *Enquadramento Institucional*);
- Visita às instalações de outros equipamentos da Santa Casa da Misericórdia de Almada, permitindo conhecer o espaço e serviços oferecidos.

Ainda, existiu a participação na tradução a nível experimental do programa de estimulação cognitiva “Making a Difference” (Spector, Thorgrimsen, Woods e Orrell, 2006), e colaboração na elaboração do perfil psicomotor dos utentes da SCMA, no âmbito da aferição e validação do instrumento psicomotor EGP.

Foi também realizado um Estágio Profissional do Instituto do Emprego e Formação Profissional (IEFP), após o Estágio Profissionalizante, que permitiu uma continuidade da intervenção no Centro de Dia do Centro Social da Trafaria e, simultaneamente, iniciar uma intervenção no Centro de Dia do Centro Integrado Arco-íris, equipamento também pertencente à SCMA.

Como atividade complementar de formação e de forma a contribuir para o desenvolvimento do espaço exterior e espaço de intervenção, é de seguida realizada uma breve descrição do projeto relacionado com estimulação sensorial no exterior.

O projeto intitula-se “Jardim Sensorial” e surge da necessidade de criação de um espaço sensorial, inexistente na instituição, podendo trazer benefícios a nível da qualidade de vida aos utentes. A pertinência deste projeto surgiu na medida de não existiu um espaço com características adaptadas a pessoas com Demência e a requalificação do espaço exterior. A localização prevista é um espaço exterior inutilizado, com área ampla, e contíguo das instalações do Centro de Dia, permitindo o acesso fácil aos idosos. O Jardim Sensorial seria construído com materiais de baixo custo e/ou reciclados, englobando zona com ervas aromáticas, materiais sonoros, um percurso psicomotor circular e zona lúdica com mesas.

Considerações Finais

Com o presente relatório demonstrou-se quais os constructos teóricos necessários à realização da prática em questão e a tipologia das intervenções realizadas e seus resultados. É, porém, de grande importância a referência às aprendizagens conseguidas, quer a nível pessoal quer profissional, e a realização de uma reflexão acerca das necessidades de desenvolvimento profissional, baseadas nestas aprendizagens.

Deste modo, é possível realizar uma apreciação geral positiva relativa à prática profissional, tanto a nível de contributo da psicomotricista para a instituição, comprovada através de feedback positivo fornecido pelos utentes e equipa técnica ao longo do estágio profissionalizante, como a nível de aprendizagens profissionais e pessoais, sendo de seguida descritas.

Sendo um dos objetivos do RCAP, aprofundar o conhecimento no âmbito da reabilitação psicomotora, contribuiu-se para o bem-estar geral e qualidade de vida dos idosos, através das intervenções psicomotoras realizadas e da integração no quotidiano do Centro de Dia, permitindo estabilizar ou adiar os efeitos do envelhecimento, promover a autonomia e relações interpessoais, sendo objetivos desta resposta social.

No que respeita à evolução da prática profissionalizante, foi necessária inicialmente uma integração no contexto, quotidiano da instituição e integração progressiva da intervenção psicomotora no Centro de Dia. Deste modo, uma primeira dificuldade foi a necessidade de adaptação ao contexto diferente e às suas rotinas diárias. Deste modo, era possível verificar uma rotina bastante vincada em que a maioria dos utentes estavam na zona de convívio, e ocupavam o seu dia a visualizar televisão, conversar uns com os outros, ou a descansar. Revelou-se, portanto, difícil motivá-los para a participação nas atividades, tendo sido encontrada a estratégia da realização de ateliers, estando direcionados para datas festivas ou para venda dos artigos. Proporcionou-se assim uma motivação direta à sua participação, uma vez que era observada a concretização dos objetivos em proveito dos próprios a curto prazo (artigos para datas festivas e angariação de fundos para as atividades). Foi necessário assim encontrar estratégias para a estimulação de competências, através da participação nas atividades, de acordo com os seus interesses e vontades, tendo sempre em conta a sua tendência para o sedentarismo e resistência à alteração de rotinas, não esquecendo que estas devem ser progressivas, principalmente para pessoas com quadros demenciais. Revelou-se também importante providenciar a autonomia aos idosos, tanto

A Intervenção Psicomotora para Pessoas Idosas no Centro Social da Trafaria

a nível das escolhas das atividades a realizar como em realizá-las por iniciativa própria. Inicialmente foi necessário, por exemplo, a minha participação nos jogos de mesa de forma a originar a sua realização, sendo posteriormente realizada autonomamente pelos utentes.

Ainda referente à integração no contexto e relação com outros profissionais, sendo outro dos objetivos do RCAP, existiu um apoio por parte da equipa técnica na realização das atividades psicomotoras e, reciprocamente, fui apoiando também as atividades do quotidiano quando necessário, fazendo com que existisse uma relação vincada entre os elementos da equipa técnica. Este apoio a nível do quotidiano permitiu-me conhecer os utentes, suas dificuldades e capacidades, conhecer a sua história, trocar conhecimentos adquiridos durante o seu percurso de vida, estabelecendo uma relação empática. Ainda, é bastante relevante a aprendizagem a nível dos comportamentos dos utentes, principalmente com quadro demencial, com a equipa técnica, principalmente pela experiência dos que contactam com esta população há anos. Ensina-me estratégias para lidar com os utentes com demência e a realizar uma previsão das suas ações e comportamentos. O trabalho de equipa é essencial.

Relativamente ao planeamento, este revela-se importante na medida em que existe uma preparação das atividades tendo em conta os objetivos a desenvolver e recursos necessários para a intervenção. No entanto, o cumprimento rígido do planeamento realizado revelou-se, por vezes, difícil, por motivos inerentes aos utentes (e.g., revelarem interesse em outras atividades, sonolentos, não estarem dispostos a participar), motivos inerentes aos recursos (e.g. ocupação da sala, poucos materiais), ou motivos inerentes à instituição (e.g. necessidade de realização de outras atividades). Estas alterações ao planeamento permitiram que fosse desenvolvida a capacidade de resolução de problemas, adaptação de atividades e materiais, saber dar resposta a várias necessidades, elaboração de estratégias, sendo uma experiência bastante desafiante e enriquecedora. É necessário assim que exista um planeamento flexível, consoante as condições encontradas diariamente, sabendo aproveitar os momentos mais oportunos para intervir, quer por disponibilidade demonstrada por um utente que geralmente se recusa a participar nas atividades, quer por uma proposta de uma atividade de um utente, ou aproveitar um comportamento realizado pelo utente para desenvolver outros objetivos, entre outros.

No que é respeitante às necessidades de desenvolvimento profissional, estas relacionam-se com a avaliação. Ao permitir realizar uma análise qualitativa e quantitativa da intervenção, os instrumentos de avaliação devem ser adequadas à população alvo e tipologia de intervenção, permitindo uma caracterização a nível de necessidades e

A Intervenção Psicomotora para Pessoas Idosas no Centro Social da Trafaria

capacidades, pelo que a escolha dos instrumentos de ser bastante ponderada. Tal deveria ter sido melhor refletido aquando da adaptação realizada das escalas utilizadas.

Para concluir, a prática profissional contribuiu bastante no meu desenvolvimento, principalmente devido às suas características peculiares que proporcionaram uma aprendizagem abrangente acerca de como ser uma boa profissional, mas principalmente, como ser uma boa pessoa.

Bibliografia

- Abrahamová, F. e Hlavacka, F. (2008). Age-Related Changes of Human Balance during Quiet Stance. *Physiological Research*, 57, 957-964.
- American Psychiatry Association [APA]. (2013). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. 5º Ed. Brasil: Artmed.
- American Psychiatry Association [APA]. (1996). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. 4º Ed. Lisboa: Climepsi Editores.
- Antes, D., Katzer, J. e Corazza, S. (2008). Coordenação motora fina e propriocepção de idosas praticantes de hidroginástica. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 5 (2), 24-32.
- Assis, F. e Parra, C. (2014). Envelhecimento bem-sucedido e a participação nos serviços de convivência para idosos. *Psicologia.net*. ISSN 1646-6977.
- Beck, A., Antes, D., Meurer, T., Benedetti, T. e Lopes, M. (2011). Fatores associados às quedas entre idosos praticantes de atividades físicas. *Texto and Contexto Enfermagem*, 20 (2), p. 280.
- Belleville, S., Peretz, I. e Malenfant, D. (1996). Examination of the working memory components in normal aging and in dementia of the Alzheimer type. *Neuropsychologia*, 34 (3), 195-207.
- Bonfim, C.J. e Saraiva, M.E. (1996). *Guia Técnico – Centro de Dia*. Lisboa: Direcção-Geral da Ação Social- Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação. Retirado de http://www.seq-social.pt/documents/10152/13328/Centro_dia/f8de1cb2-a6e8-4137-8a7f-4d76233e58bc/f8de1cb2-a6e8-4137-8a7f-4d76233e58bc
- Boscaini, F. Especificidade da semiologia psicomotora para um diagnóstico adequado. *A Psicomotricidade*, 3, 53- 65.
- Câmara Municipal de Almada. (2009). *Plano de Pormenor do Torrão – Enquadramento*. Retirado em 22/02/2016 de http://www.m-almada.pt/xportal/xmain?xpid=cmav2expgid=genericPageegenericContentPage_qry=B_OUI=377445757
- Civinski, C., Montibeller, A. e Braz, A. (2011). A importância do exercício físico no envelhecimento. *Revista da Unifebe (revista online)*, 9, 163-175.
- Cancela, D. (2007). *O Processo de Envelhecimento*. Retirado de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>

A Intervenção Psicomotora para Pessoas Idosas no Centro Social da Trafaria

- Carrilho, M.J. e Patrício, L. (2009). Situação Demográfica Recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*, 48, 101-145. Retirado de www.ine.pt
- Chaimowicz, F. e Greco, D. (1999). Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 33(5), 454-460.
- Clare, L., Bayer, A., Burns, A., Corbett, A., Jones, R., Knapp, M., Kopelman, M., Kudlicka, A., Leroi, I., Oyebode, J., Pool, J., Woods, B. e Whitaker, R. (2013). Goal-oriented cognitive rehabilitation in early-stage dementia: study protocol for multi-centre single-blind randomized controlled trial. *Trials Journal*, 14 (152).
- Cleary, P.D., Goldberg, I.D., Kessler, L.G., & Nycz, G. R. (1982). Screening for Mental Disorder Among Primary Care Patients – Usefulness of the General Health Questionnaire. *Arch Gen Psychiatry*, 39(7), 837-840.
- Direção-Geral da Segurança Social. Orientação Técnica Circular n.º 4/2014, de 16 de dezembro. Regulamento das comparticipações familiares devidas pela utilização dos serviços e equipamentos sociais das instituições particulares de solidariedade social. Retirado de <http://www.seg-social.pt/documents/10152/7002195/COT+4+2014.pdf>
- Fonseca, V. (2001a). Gerontopsicomotricidade: Uma Abordagem ao Conceito da Retrogênese Psicomotora. In V. da Fonseca e R. Martins (Eds.) *Progressos em Psicomotricidade*, (pp. 177-219). Lisboa: Edições FMH.
- Fonseca, V. (2001b). *Psicomotricidade – perspectivas multidisciplinares*. 1ª Edição. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2004). Psychomotricity: an multidisciplinary approach. *A Psicomotricidade*. nº 3. Universidade Técnica de Lisboa. Faculdade de Motricidade Humana. Departamento de Educação Especial e Reabilitação. (pp. 18-29).
- Fonseca, V. (2010). *Manual de Observação Psicomotora – significação psiconeurológica dos seus factores*. 3ª Edição. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. e Martins, R. (2001). Prefácio. In V. da Fonseca e R. Martins (Eds.) *Progressos em Psicomotricidade*, (pp. 177-219). Lisboa: Edições FMH.
- Gallande, D. (2005). *Compreendendo o Desenvolvimento Motor: Bebês, Crianças, Adolescentes e Adultos*. São Paulo: Phorte Editora Ltda.
- Gates, N. e Valenzuela, M. (2010). Cognitive Exercise and Its Role in Cognitive Function in Older Adults. *Current Psychiatry Reports*, (12), 20-27.
- Garret, C. (2011). *Guia de Saúde – Alzheimer*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto: Hospital São João, E.P.E: Porto

A Intervenção Psicomotora para Pessoas Idosas no Centro Social da Trafaria

- Gorzoni, M. e Pires, S. (2006). Aspectos clínicos da demência senil em instituições asilares. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33 (1), 18-23.
- Guccione, A.A., Avers, D. e Wong, R. (2011). *Geriatric Physical Therapy*. Missouri: Elsevier Health Sciences.
- Guariglia, C. e Nitrini, R. (2009). Topographical Disorientation in Alzheimer's Disease. *Arg Neuropsychiatric*, 67(4), 967-972.
- Guitard, S., Basse, I. e Albaret, J. (2005). Évaluation de l'efficacité d'un protocole de rééducation de l'équilibre. *Psychomotricité*, 75-86.
- Hammerschmidt, K., Zagonel, I. e Lenardt, M. (2007). Envolvimentos da teoria do cuidado cultural na sustentabilidade do cuidado gerontológico. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(3), 362-367.
- Hernandez, S., Coelho, F., Gobbi, S. e Stella, F. (2010). Efeitos de um programa de atividade física nas funções cognitivas, equilíbrio e risco de quedas em idosos com demência de Alzheimer. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 14(1), p. 68-74.
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. [INE]. (2011). *Sensos 2011- Resultados Provisórios*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P. Retirado de www.ine.pt
- Instituto da Segurança Social, I.P. [ISS]. (2014). *Guia Prático- Licenciamento da Atividade dos Estabelecimentos de Apoio Social*. Retirado de http://www.seg-social.pt/documents/10152/25876/licenciamento_actividade_estabelecimento_apoio_social
- Instituto da Segurança Social, I.P. [ISS]. (2015). *Guia Prático- Apoios Sociais – Pessoas Idosas*. Retirado de http://www.seg-social.pt/documents/10152/27202/apoios_sociais_idosos/638b6f1a-61f6-4302-bec3-5b28923276cb/638b6f1a-61f6-4302-bec3-5b28923276cb
- Jiménez, R. e Garcia, T. (2011). Intervención psicomotriz en personas mayores. *TOG (A Coruña)*, 8(14). Retirado de <http://www.revistatog.com/num14/pdfs/original10.pdf>
- Juhel, J. (2010). *La Psychomotricité au service de la personne âgée: Réfléchir, agir et mieux vivre*. Canadá: Les Presses de L'Université Naval.
- Lee, A., Levi, N., Davies, R., Hodges, J. e Graham, K. (2007). Differing profiles of face and scene discrimination deficits in semantic dementia and Alzheimer's disease. *Neuropsychologia*, 45, 2135-2146.
- MacDonald, M., Almor, A., Henderson, V., Kempler, D. e Anderson, E. (2001). Assessing Working Memory and Language Comprehension in Alzheimer's Disease. *Brain and Language*, 78, 17-42.

A Intervenção Psicomotora para Pessoas Idosas no Centro Social da Trafaria

- Martins, R., Simões, C. e Brandão, T. (2014). *Regulamento da Unidade Curricular de Ramo de Aprofundamento das Competências Profissionais, 2º Ano*. Faculdade de Motricidade Humana. Universidade Técnica de Lisboa (Documento não publicado)
- Matos, M., Branco, J., Carvalhosa, S., Silva, M. e Carvalhosa, J. (2005). Promoção de competências pessoais e sociais nos idosos: programa de intervenção na comunidade. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 1(2), 95-102.
- Maximiano, J. (2004). Psicomotricidade e Relaxação em Psiquiatria. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 1(1), 85- 95.
- Morais, A. (2007). Psicomotricidade e Promoção da Qualidade de Vida em Idosos com Doença de Alzheimer. *A Psicomotricidade*, (10), 25-33.
- Morais, A., Fiúza, R., Santos, S. e Lebre, A. (2012). *Exame Geronto Psicomotor – Manual de aplicação Provisório* (tradução e adaptação de Michel, Soppelsa e Albaret, 2010)
- Montazeri, A., Harirchi, A., Shariati, M., Garmaroudi, G., Ebadi, M. e Fateh, A. (2003). The 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12): translation and validation study of the Iranian version. *Health and Quality of Life outcomes*, 1(1), p. 66.
- Nunes, B. e Pais, J. (2006). *Doença de Alzheimer: Exercícios de Estimulação (Vol 1)* Lisboa: Lidel
- Nuñez, J. e Gonzáles, J. (2001). Programa de Gerontopsicomotricidade em Acianios Institucionalizados: Informe de Intervención Psicomotriz en el Proyecto de la Residencia de Ancianos de Torremocha del Jamara (Madrid). In V. da Fonseca e R. Martins (Eds.) *Progressos em Psicomotricidade*, (pp. 177-219). Lisboa: Edições FMH.
- Papp, K., Walsh, S. e Snyder, P. (2009). Immediate and delayed effects of cognitive interventions in healthy elderly: A review of current literature and future directions. *Alzheimer's and Dementia*, 5 (1), 50-60.
- Pereira, B. (2004). Gerontopsicomotricidade: envelhecer melhor – da quantidade à qualidade *A Psicomotricidade*, 4, 28-33.
- Pereira, E., Segheto, W., Miranda, M., Velardi, M., Neto, A., Dantas, D., Segheto, K., Fonseca, C., Thurm, B. e Gama, E. (2010). Comportamento do esquema corporal do adolescente ao idoso. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 7, 20-28.
- Pitteri, F. O Exame Psicomotor. *A Psicomotricidade*, 3, 47- 52.
- Rodríguez, E. (2002). Intervención Psicomotriz en pacientes con demencia. *Psiquiatria.com*, 6 (3). Retirado de <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewFile/387/370/>

A Intervenção Psicomotora para Pessoas Idosas no Centro Social da Trafaria

Santa Casa da Misericórdia de Almada [SCMA]. (s/d). *Manual de Acolhimento*.

Santa Casa da Misericórdia de Almada [SCMA]. (2014a). *Missão e Valores*. Retirado em 22/02/2016 de <http://www.scma.pt/missao-visao-valores>

Santa Casa da Misericórdia de Almada [SCMA]. (2014b). *Quem somos*. Retirado em 22/02/2016 de <http://www.scma.pt/quem-somos>

Santa Casa da Misericórdia de Almada [SCMA]. (2014c). *Centro Integrado Arco-íris*. Retirado em 22/02/2016 de <http://www.scma.pt/ci-arco-iris>

Santa Casa da Misericórdia de Almada [SCMA]. (2014d). *Complexo Social “A Casinha”*. Retirado em 22/02/2016 de <http://www.scma.pt/cscasinha>

Santa Casa da Misericórdia de Almada [SCMA]. (2014e). *Mini-Creche “Moinho Encantado”*. Retirado em 22/02/2016 de <http://www.scma.pt/mini-creche-moinho-encantado>

Santa Casa da Misericórdia de Almada [SCMA]. (2014f). *Centro Social da Trafaria*. Retirado em 22/02/2016 de <http://www.scma.pt/cst>

Santa Casa da Misericórdia de Almada [SCMA]. (2014g). *Creche Familiar*. Retirado em 22/02/2016 de <http://www.scma.pt/crechefamiliar>

Santa Casa da Misericórdia de Almada [SCMA]. (2014h). *Centro Comunitário PIA I*. Retirado em 22/02/2016 de <http://www.scma.pt/centro-comunitario-do-p.i.a-i1>

Santa Casa da Misericórdia de Almada [SCMA]. (2014i). *Lar D. Nuno Alvares Pereira*. Retirado em 22/02/2016 de <http://www.scma.pt/lar-nuno-alvares-pereira>

Santa Casa da Misericórdia de Almada [SCMA]. (2014j). *Espaço Jovem*. Retirado em 22/02/2016 de <http://www.scma.pt/espacojovem>

Santa Casa da Misericórdia de Almada [SCMA]. (2014k). *Cantina Social*. Retirado em 22/02/2016 de <http://www.scma.pt/pt/cantinasocial>

Santa Casa da Misericórdia de Almada [SCMA]. (2014l). *Centro Comunitário PIA II*. Retirado em 22/02/2016 de <http://www.scma.pt/piaii>

Santa Casa da Misericórdia de Almada [SCMA]. (2014m). *Gabinete de apoio ao empreendedor*. Retirado em 22/02/2016 de <http://www.scma.pt/gabinete-de-apoio-ao-empreendedor-gae->

Santa Casa da Misericórdia de Almada [SCMA]. (2014n). *Acompanhamento de famílias*. Retirado em 22/02/2016 de <http://www.scma.pt/acompanhamento-de-familias>

Santa Casa da Misericórdia de Almada [SCMA]. (2014o). *Agricultura Solidária*. Retirado em 22/02/2016 de <http://www.scma.pt/agriculturasolidaria>

Santa Casa da Misericórdia de Almada [SCMA]. (2014p). *Animação Comunitária*. Retirado em 22/02/2016 de <http://www.scma.pt/animacaocomunitaria>

A Intervenção Psicomotora para Pessoas Idosas no Centro Social da Trafaria

- Santa Casa da Misericórdia de Almada [SCMA]. (2014q). *Ensino para adultos* . Retirado em 22/02/2016 de <http://www.scma.pt/ensinoadultos>
- Santa Casa da Misericórdia de Almada [SCMA]. (2014r). *Lar Granja Luís Rodrigues* . Retirado em 22/02/2016 de <http://www.scma.pt/lglr>
- Santa Casa da Misericórdia de Almada [SCMA]. (2014s). *Centro de São Lázaro* . Retirado em 22/02/2016 de <http://www.scma.pt/csl>
- Santa Casa da Misericórdia de Almada [SCMA]. (2014t). *Serviço de Apoio Domiciliário* . Retirado em 22/02/2016 de <http://www.scma.pt/sad>
- Santa Casa da Misericórdia de Almada [SCMA]. (2014u). *Centro de recursos de ajudas técnicas* . Retirado em 22/02/2016 de <http://www.scma.pt/centro-recursos-ajudas-tecnicas>
- Santa Casa da Misericórdia de Almada [SCMA]. (2014v). *Limpezas e Apoios a Idosos* . Retirado em 22/02/2016 de <http://www.scma.pt/pt/limpezas-apoios-idosos>
- Santa Casa da Misericórdia de Almada [SCMA]. (2014w). *Oficina Domiciliária*. Retirado em 22/02/2016 de <http://www.scma.pt/pt/oficina-domiciliaria>
- Santa Casa da Misericórdia de Almada [SCMA]. (2014x). *Transporte Adaptado* . Retirado em 22/02/2016 de <http://www.scma.pt/transporte-adaptado>
- Santa Casa da Misericórdia de Almada [SCMA]. (2014y). *Gabinete de inserção profissional* . Retirado em <http://www.scma.pt/gabinete-de-insercao-profissional-gip->
- Santa Casa da Misericórdia de Almada [SCMA]. (2014z). *Regulamento Interno do Centro de Dia -Centro Social da Trafaria*.
- Santa Casa da Misericórdia de Almada [SCMA]. (2014aa). *Centro Social da Trafaria- Plano de Ação 2015*.
- Santa Casa da Misericórdia de Almada [SCMA]. (2015). *Centro Social da Trafaria – Matriz do Relatório de Avaliação da Satisfação dos clientes/utentes*.
- Schneider, R., e Irigaray, T. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspetos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia*, 25(4), 585-593.
- Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B. e Orrell, M. (2006). Making a Difference- The manual for group leaders. *The Journal fo Dementia Care*.
- Tomasini, S. e Alves, S. (2007). Envelhecimento bem-sucedido e o ambiente das instituições de longa permanência. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 4(1), 88-102.
- Vasconcelos, M. (2003). A Psicomotricidade como promotora da qualidade de vida na terceira idade. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidade y Técnicas Corporales*, (12), 55-60.
- Vila, A. (2006). La Psicomotricidad: Una propuesta eficaz para la dinamización corporal de las personas mayores. *Informes Portal Mayores*, 58. Retirado de

A Intervenção Psicomotora para Pessoas Idosas no Centro Social da Trafaria

[ttp://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/soler-psicomotricidad-01.pdf](http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/soler-psicomotricidad-01.pdf)

World Health Organization [WHO] (s/d). *Definition of an older or elderly person*. Retirado de <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>.

World Health Organization [WHO] (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. (1ª edição/trad.). Brasil: Brasília/DF.

Anexos

Anexo A – Versão Provisória do Perfil Psicomotor da Santa Casa da Misericórdia de Almada



Ficha Técnica

INVESTIGADOR:

Dra. Ana Moraes (Doutoranda na FMH)

COORDENADORES:

Professora Doutora Sofia Santos (Professora Auxiliar na FMH)

Professora Doutora Paula Lebre (Professora Auxiliar na FMH)

COLABORADORES (POR ORDEM ALFABÉTICA):

Mariana Silva (Mestranda na FMH)

Rita de Sousa (Mestranda na FMH)

AGRADECIMENTOS:

1 Índice

1. Introdução	1
2. Caracterização dos Utentes	3
Nível Socioeconómico	4
Nível de Funcionalidade	5
Atividades Básicas da Vida Diária	5
Atividades Instrumentais da Vida Diária	5
Estado Mental	6
Mini-Mental State Examination	6
3. Avaliação Gerontopsicomotora	8
Equilíbrio	8
Equilíbrio Estático	8
Equilíbrio Dinâmico	8
Mobilização Articular	10
Membros Superiores	10
Membros Inferiores	10
Motricidade	12
Motricidade Fina	12
Práxias	13
Conhecimento das partes do corpo	14
Memória	14
Orientação	16
Vigilância	Erro! Marcador não definido.
Comunicação	18
4. Perfil Psicomotor	20
5. Bibliografia	22

2 1. Introdução

O presente relatório tem como objetivo a caracterização do perfil psicomotor de utentes Santa Casa da Misericórdia de Almada (SCMA), baseada nos resultados da

aplicação do Exame GerontoPsicomotor (EGP), no âmbito do processo de validação e aferição para a População Portuguesa.

A aplicação do EGP foi realizada concomitantemente com a aplicação de instrumentos de avaliação do domínio cognitivo e funcional, a saber, do *Mini Mental State Examination* (MMSE), Escala de *Graffar* e Índices de *Barthel* e *Lawton*.

O Exame Gerontopsicomotor e os instrumentos de avaliação supramencionados foram aplicados a 46 utentes da Santa Casa da Misericórdia de Almada. Participaram os 4 equipamentos sociais da SCMA destinados ao geronte: Centro de São Lázaro (lar e centro de dia); Lar Granja Luís Rodrigues; Centro Integrado Arco-Íris (centro de dia e centro de convívio) e Centro Social da Trafaria (centro de dia), no primeiro semestre de 2014. Este estudo foi analisado e aprovado pelo comité de ética do Centro Garcia de Orta. Todos os participantes (ou o tutor legal quando o sujeito não tinha capacidade de o realizar) assinaram o consentimento informado após uma explicação sobre os objetivos e ações do estudo. Todas as avaliações foram realizadas em salas ou gabinete (com a eliminação de estímulos distrateis quando necessário).

3 2. Caracterização dos Utentes

Este grupo de utentes da SCMA é maioritariamente do género feminino, tal como se apresenta na tabela 1. Metade dos participantes pertencem à faixa etária de 75 a 84 anos e não apresentam diagnóstico estabelecido, cerca de 30% dos participantes neste estudo apresentam uma demência não especificada e cerca de 19,6% apresenta outros diagnósticos nomeadamente Doença de Parkinson, AVC, Diabetes Mellitus, Artropatias, doenças cardiovasculares e músculo-esqueléticas. A maioria possui entre 4 a 9 anos de escolaridade, encontram-se em contexto de centro de dia, sem intervenção terapêutica e necessitam de tecnologias de apoio (65,2%), tais como óculos (21,7%), bengala/canadiana (32,6%), cadeira de rodas (10,9%).

Tabela 1 – Apresentação dos dados sociodemográficos dos utentes da SCMA

Género	Feminino	76,1%
	Masculino	23,9%
Idade	60 - 74 anos	10,9%
	75 - 84 anos	50,0%
	85 ou mais anos	39,1%
Diagnóstico	Demência não especificada	30,4%
	Outros	19,6%
	Sem diagnóstico	50,0%
Tipo de Apoio	Centro de dia	73,9%
	Internamento de longa duração	26,1%
Intervenção Terapêutica	Sem	89,1%
	Com	10,9%
Tecnologias de Apoio	Sem	34,8%
	Com	65,2%
Habilitações Académicas	9 -12 anos de escolaridade	4,3%
	Entre 4 e 9 anos de escolaridade	58,7%
	Analfabetos ou com <4 anos de escolaridade	37,0%

3.1 Nível Socioeconómico

Para fazer uma breve caracterização socioeconómica dos participantes recorreu-se à aplicação de uma das escalas mais utilizadas em investigações semelhantes ao presente estudo.

A escala de *Graffar* avalia as condições socioeconómicas do indivíduo e identifica a sua classe social. Permite também tirar conclusões de possíveis alterações socioeconómicas ou prevenir condições de risco ao nível do desenvolvimento psicossocial. Esta apresenta 5 graus em cada item (profissão, nível de instrução, fonte de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspeto da zona de habitação), sendo o grau 1 correspondente a 1 ponto e assim sucessivamente até ao 5.

O nível socioeconómico mais frequente situa-se na classe média-baixa (classe IV), tal como apresenta a figura 1. No que respeita aos itens que constituem este índice, a maioria dos utentes apresenta uma escolaridade entre 4 e 9 anos (60,9%), com remunerações inferiores ou iguais ao salário mínimo, vencimentos incertos, pensionistas ou reformados (91,3%), tendo tido ocupações profissionais como operários especializados, motoristas, entre outros (52,2%). Residem numa casa ou andar modesto (45,7%), em bairro residencial bom (37%) ou em condições precárias (34,8%).

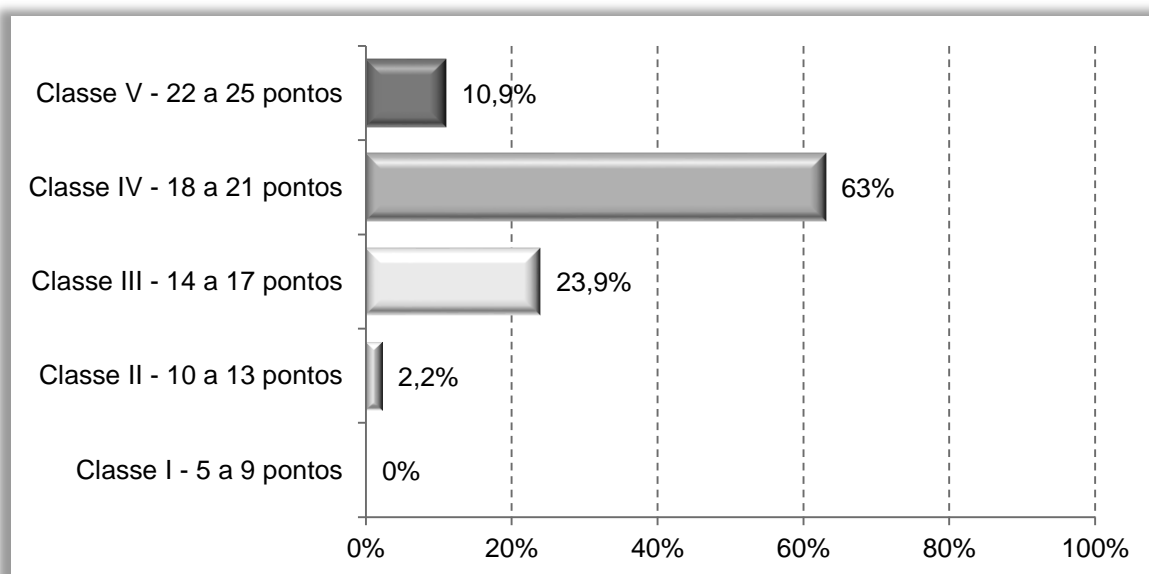


Figura 1 – Caracterização Socioeconómica dos participantes da SCMA de acordo com a escala de Graffar.

3.2 Nível de Funcionalidade

3.2.1 Atividades Básicas da Vida Diária

O Índice de *Barthel* é uma escala que permite avaliar a **autonomia** do sujeito em realizar atividades básicas do seu cotidiano, tais como a **alimentação, vestir, banho, higiene corporal, uso da casa de banho, controle intestinal e vesical, subir escadas, transferência cadeira-cama e deambulação**.

Como é apresentado na figura 2, os participantes da SCMA são na sua maioria ligeiramente dependentes (56,5%). Estes participantes revelam ter maior grau de dependência ao nível do banho (45,7%) e a maioria são dependentes (13%) ou necessitam de ajuda (41,3%) para subir as escadas.

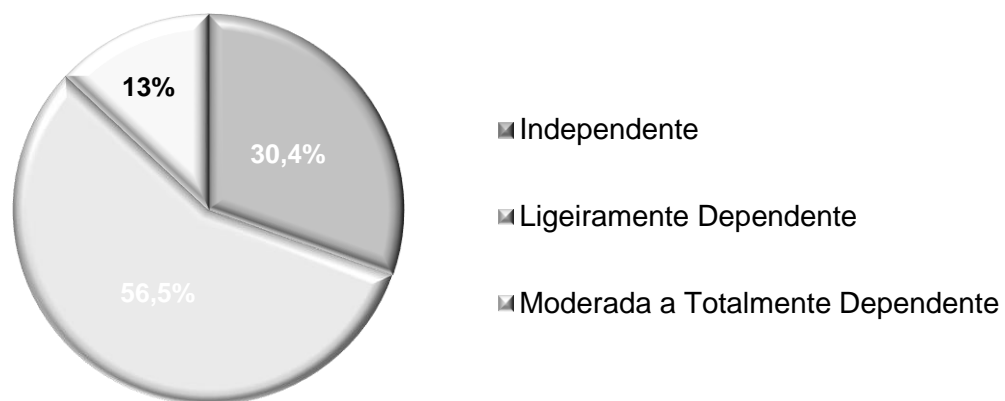


Figura 2 - Grau de dependência dos participantes nas atividades básicas de vida de acordo com o índice de *Barthel*.

3.2.2 Atividades Instrumentais da Vida Diária

O Índice de *Lawton* é um instrumento de avaliação das atividades instrumentais da vida diária, composto por oito atividades: **cuidar da casa, lavar a roupa, preparação da comida, ir às compras, utilização do telefone, utilização de transporte, gestão do dinheiro e gestão da medicação**.

Este grupo de utentes é maioritariamente dependente, tal como se verifica na figura 3, uma vez que 47,8% necessitam de uma certa ajuda (moderadamente dependente), assim como os que necessitam de muita ajuda (severamente dependente). Verifica-se que necessitam de ajuda na preparação da medicação (43,5%) e de acompanhamento nas compras (30,4%), sendo a mesma percentagem incapaz de

ir às compras. É importante ainda realçar o facto de 34,8% serem incapazes de preparar refeições e 39,1% incapaz de lavar a sua roupa.

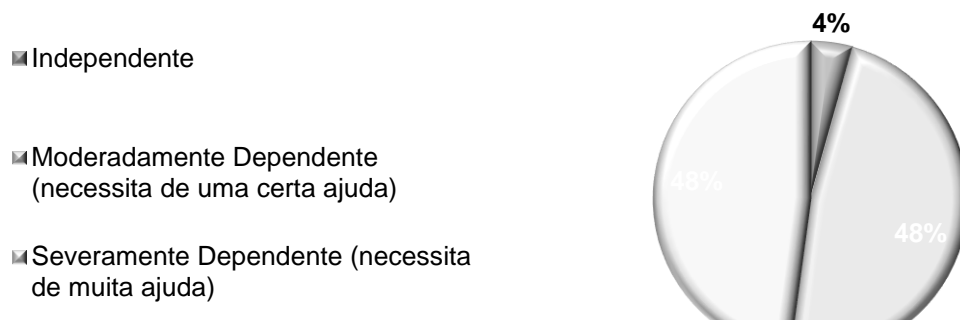


Figura 3 - Grau de dependência dos participantes nas atividades instrumentais de vida de acordo com o índice de *Lawton*.

3.3 Estado Mental

3.3.1 Mini-Mental State Examination

O Mini-Mental State Examination (MMSE) permite a avaliação de **capacidades cognitivas específicas em populações sénior**, consoante o nível de escolaridade. É constituído por itens de **orientação; retenção; atenção e cálculo; evocação; linguagem; e, habilidade construtiva**. A pontuação final obtida varia entre 0 e 30 - representando o valor 30 uma pessoa sem défice cognitivo identificado.

Na SCMA, 43.5% dos participantes apresentam défice cognitivo (fig. 4). Analisando o desempenho nos itens avaliados pelo MMSE, verifica-se um pior desempenho na memória verbal, por evocação de palavras (45,7%), habilidade construtiva (65,2%) e orientação temporal, mais concretamente na evocação do dia do mês (50%). Quanto às áreas com melhor desempenho, salienta-se a retenção de palavras (87%) e a linguagem (60,8%).

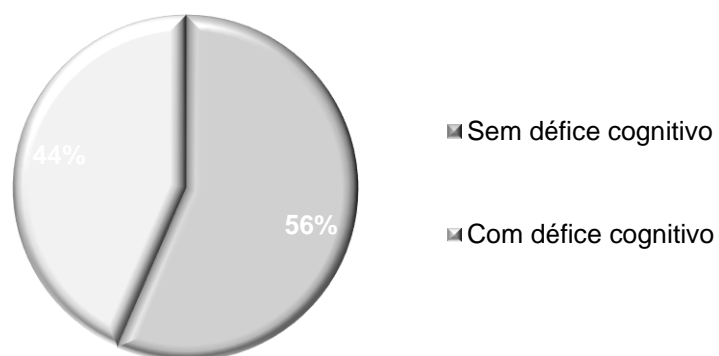


Figura 4 – Estado mental dos participantes de acordo com o MMSE

4 3. Avaliação Gerontopsicomotora

A avaliação gerontopsicomotora foi realizada através da aplicação do Exame Gerontopsicomotor|EGP.

O EGP é um instrumento de avaliação para despiste e esclarecimento do perfil psicomotor do indivíduo. É composto por 52 itens, divididos em 17 domínios (e.g. equilíbrio, praxias, motricidade fina) tendo em consideração os aspetos quantitativos e qualitativos na avaliação do indivíduo. A pontuação final varia entre 0 e 102 e a pontuação obtida em cada um dos domínios varia entre 0 e 6 - representando o valor 6 o melhor desempenho, sendo estes valores utilizados para a apresentação do perfil psicomotor.

4.1 Equilíbrio

Nos itens pertencentes ao equilíbrio podem ser observadas a qualidade postural, reequilibrações, direcionamento do olhar, velocidade e comprimento da passada, com ou sem a utilização de tecnologias de apoio (andarrilhos, bengalas) entre outros. É constituído por tarefas que consistem em permanecer em equilíbrio estático em pé; equilíbrio na ponta dos dois pés, em apenas um pé e na ponta de um pé; marcha, marcha acelerada e corrida.

4.1.1

4.1.2 Equilíbrio Estático

A maioria dos participantes não necessita de apoio no que respeita à tarefa de permanecer em pé (Equilíbrio estático I), como é visível na figura 5. Em tarefas mais complexas (Equilíbrio estático II), os utentes apresentaram menor desempenho, nomeadamente necessitaram de apoio na tarefa de permanecer em pontas dos pés (52,2%) e apoio unipodal (45,7%), sendo que no apoio unipodal na ponta de um pé, 60,9% não apresentaram equilíbrio possível.

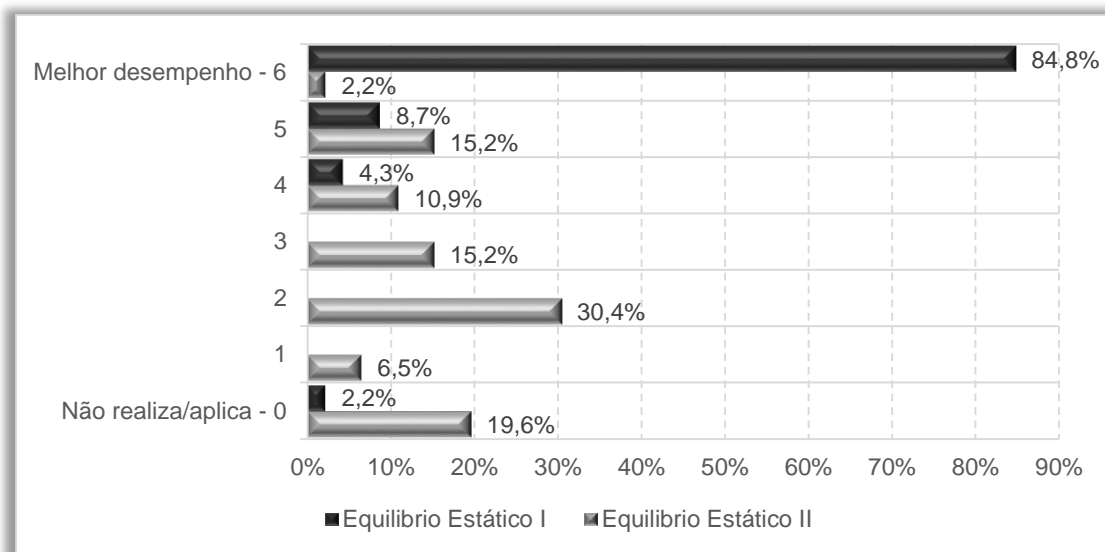
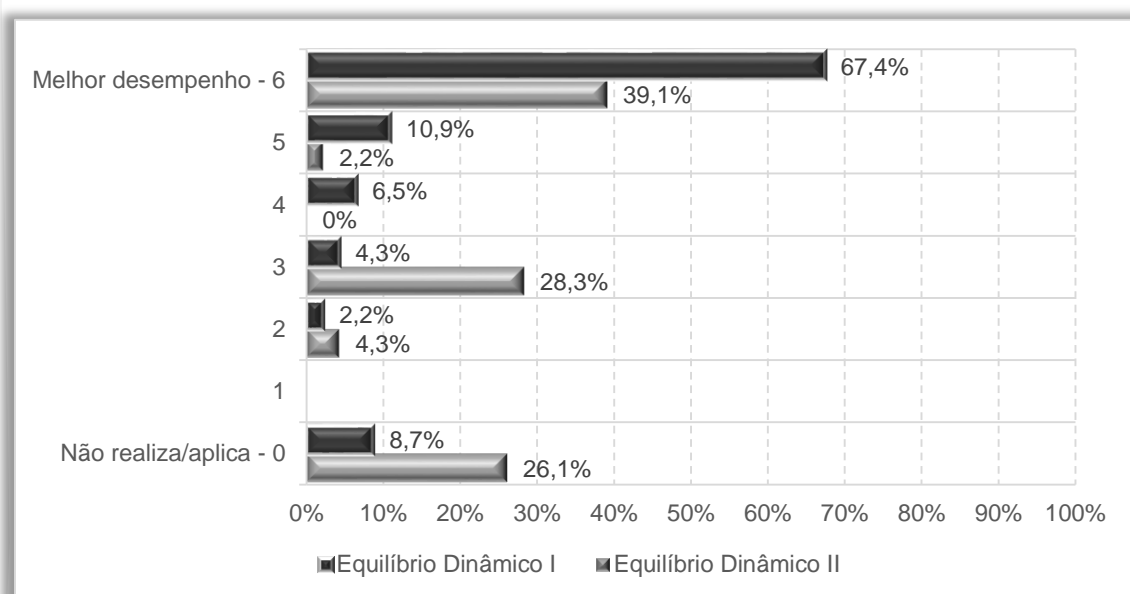


Figura 5 – Valores obtidos pelos participantes nas provas de Equilíbrio Estático I e II do EGP

4.1.3

4.1.4 Equilíbrio Dinâmico

A tarefa onde se verifica uma maior percentagem de utentes (67,4%) com um melhor desempenho é a marcha (Equilíbrio Dinâmico I), contrastando com as restantes tarefas mais complexas (Equilíbrio Dinâmico II), como demonstrado na figura 6. É perceptível um melhor desempenho na marcha acelerada (65%) do que na corrida (39,1%), em que a maioria dos participantes (54,3%) não apresentou equilíbrio possível.



4.2 Mobilização Articular

Os itens relativos à mobilização articular englobam movimentação **passiva** (o avaliador é o agente) e **ativa** (imitação de movimentos), tanto nos membros superiores como inferiores. Para além de permitir uma apreciação dos movimentos (amplitude articular), possibilita uma avaliação da reação emocional ao toque através da atividade-passividade.

4.2.1 Membros Superiores

Como visível na figura 7, o grupo de utentes apresenta maioritariamente uma boa mobilização nas seis articulações (pulso, cotovelo e ombro), quer na mobilização passiva (37%) como ativa (56,5%). Realça-se que a diferença entre as mobilizações pode dever-se à dificuldade de aceder à passividade (abandono do movimento), implícita na atividade de mobilização passiva, tendo sido mais evidente na mobilização passiva dos ombros direito (54,3%).

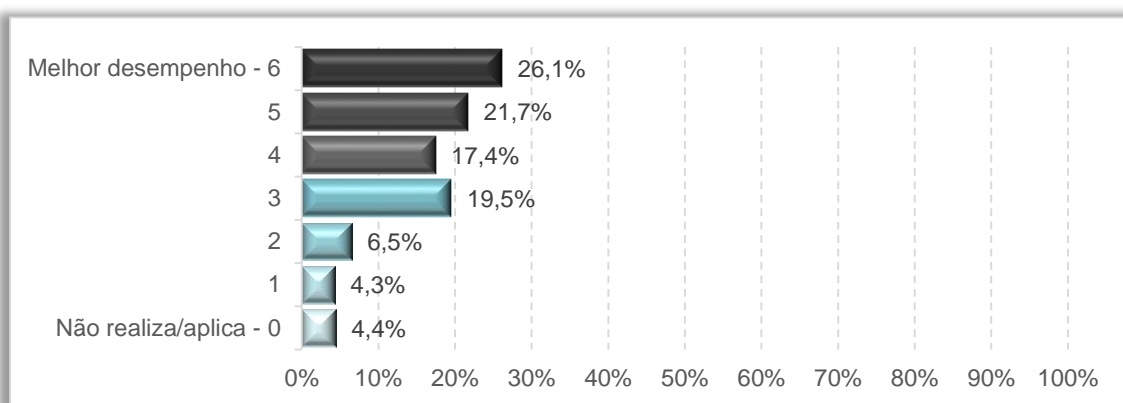


Figura 7 – Valores obtidos pelos participantes na prova de Mobilização Articular dos Membros Superiores do EGP

4.2.2

4.2.3

4.2.4 Membros Inferiores

Observa-se na figura 8 o desempenho obtido pelo grupo de utentes. Pode verificar-se que, no geral, revelam melhores resultados na mobilização ativa (54,3%) do

que mobilização passiva (39,1%). Os participantes apresentaram mais dificuldades na mobilização passiva do joelho direito (52,2%) e do esquerdo (50%).

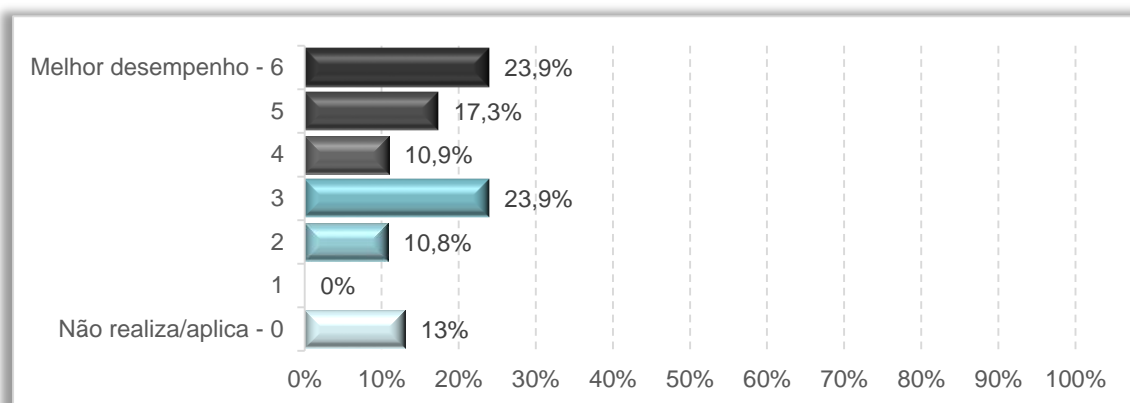


Figura 8 – Valores obtidos pelos participantes na prova de Mobilização Articular dos Membros Inferiores do EGP

4.3 Motricidade

Os itens pertencentes à motricidade são avaliados com diversas atividades. Na motricidade fina dos membros superiores avalia-se a tarefa de abotoar/desabotoar, o tamborilar, a oponência polegar-dedos e a pega de um pequeno objeto (moeda de 1€). Já nos membros inferiores, avalia-se essencialmente a colocação dos pés em pegadas com posições específicas e o pontapear. Salienta-se que os resultados de todos estes itens de motricidade fina avaliam ambos os lados do corpo. Ainda dentro da motricidade, existe um conjunto de atividades que se designam de praxias que avaliam a utilização de talheres, a capacidade de expressão gestual, a escrita, a cópia de figuras geométricas e por fim a construção de uma pirâmide, através de um modelo.

4.3.1 Motricidade Fina

É visível uma melhor motricidade fina nos membros inferiores (69,9%) do que superiores (6,5%), tendo em conta a cotação máxima possível, como visível na figura 9. Das quatro tarefas dos membros superiores, os utentes apresentam mais dificuldade nas tarefas de tamborilar com a mão esquerda no sentido polegar-m mindinho (63%) e mindinho-polegar (78,3%) e mão direita no sentido mindinho-polegar (69,6%). Nas tarefas solicitadas para membro inferior, verificou-se uma maior dificuldade no posicionamento dos pés, em que apenas 63% colocaram totalmente os pés nas quatro pegadas.

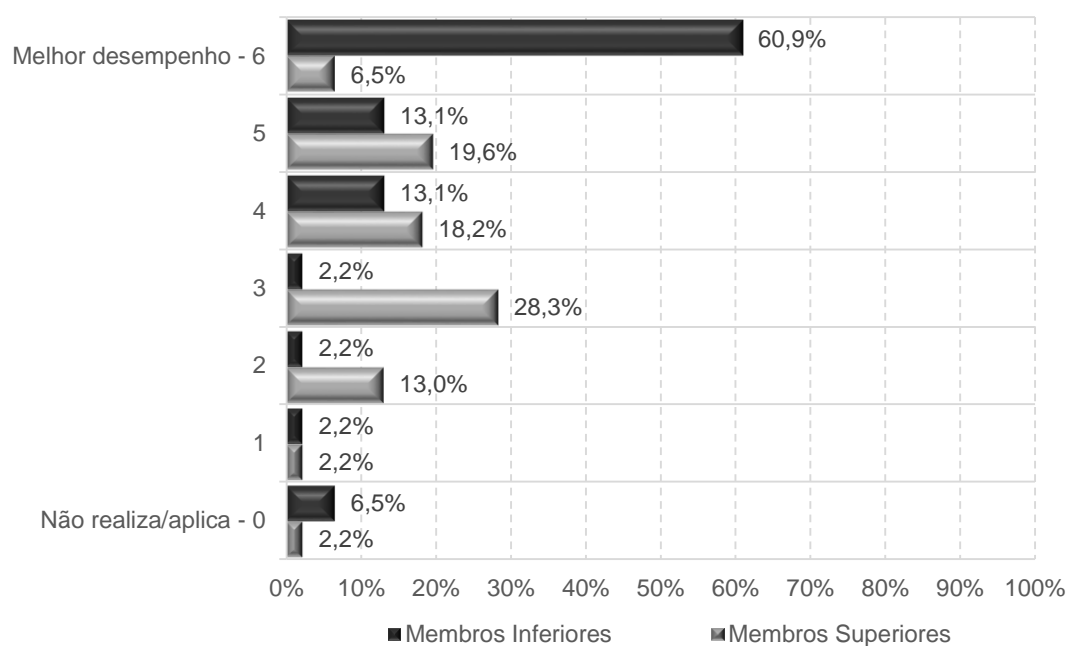


Figura 9 – Valores obtidos pelos participantes nas provas de Motricidade Fina dos Membros Superiores e Inferiores do EGP

Praxias

Referente ao domínio Praxias, representado na figura 10, o grupo de utentes apresenta resultados heterógenos. Verifica-se melhor desempenho na utilização de talheres (93,5%), construção de uma pirâmide (71,7%) e escrita (71,7%). Referente à pantomina (expressão gestual), as dificuldades incidiram na exemplificação de escovar os dentes (52,2%) e pregar um prego (50%). Revelaram mais dificuldade em copiar figuras geométricas (63%), que implica planeamento e execução da ação de desenhar.

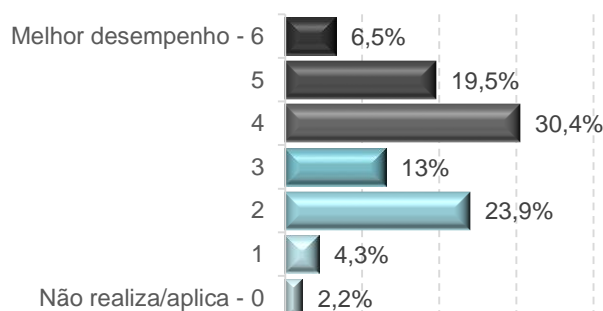


Figura 10 – Valores obtidos pelos participantes na prova Praxias do EGP

80% 90% 100%

4.4

4.5 Conhecimento das partes do corpo

Os itens relativos a esta área envolvem a avaliação do conhecimento de partes do corpo na pessoa própria e no outro, assim como a imitação de posições com e sem modelo e a identificação de partes do corpo que possam faltar estão ausentes numa figura.

A análise da figura 11 remete para um conhecimento geral das partes do corpo por parte do grupo de utentes da SCMA. Verificou-se um pior desempenho na máxima cotação na tarefa de imitação de posições (37%), em que estas dificuldades foram mais incidentes na reprodução sem modelo (52,2%), do que com modelo (45,6%).

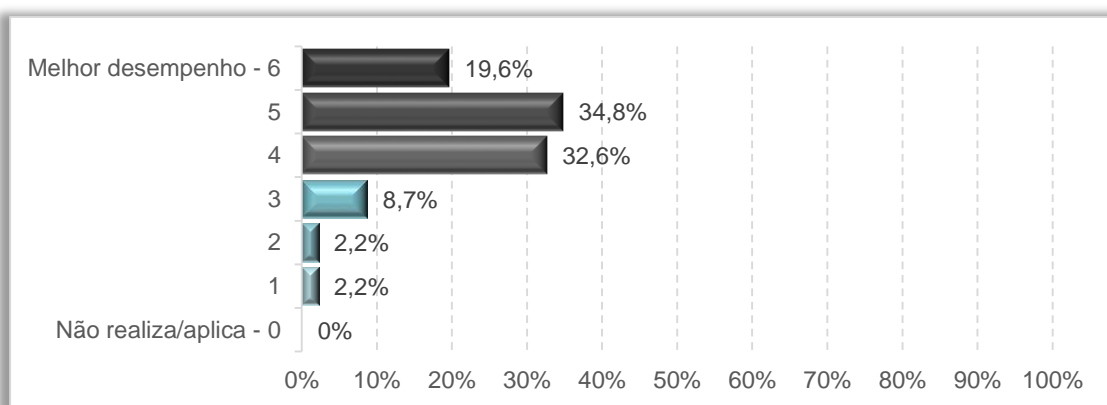


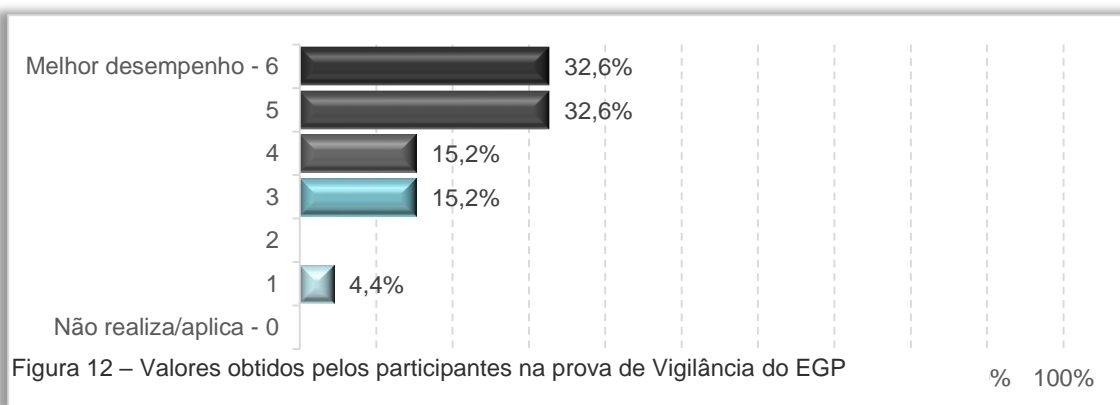
Figura 11 – Valores obtidos pelos participantes na prova Conhecimento das Partes do Corpo do EGP

4.6 Vigilância

Este item avalia questões de manutenção de atenção/concentração, tais como a execução da instrução, o agarrar um cubo ao sinal e a identificação de formas e cores.

Pode-se observar na figura 12, que o grupo de utentes da SCMA apresenta um bom nível de vigilância de forma geral (58,7%), executando a instrução e mantendo a vigília (58,7%), agarrando o cubo ao sinal (73,9%) e identificando formas e cores (63%).

4.7



4.8 Memória

A área da memória avalia diferentes domínios. Iniciando pela **memória perceptiva**, esta permite avaliar a **evocação de cores e posições** que foram anteriormente apresentadas na avaliação. Quanto à **memória verbal**, tem em conta a **evocação imediata** de palavras, a **descrição de momentos do dia** e por fim a **evocação de palavras** já referidas. Por fim, a **percepção**, avalia itens de **reprodução rítmica**, **reconhecimento de objetos pelo tato (estereognosia)**, **identificação de imagens** e a **leitura**.

Os participantes apresentam resultados heterogéneos no que respeita aos domínios da memória, como visível na figura 13. Na memória perceptiva, observaram-se mais dificuldades na evocação de posições, em que 21,7% obteve a cotação de 0. Quanto à memória verbal, a evocação diferida foi onde os utentes apresentaram mais dificuldades, tendo 37% obtido a cotação de 0.

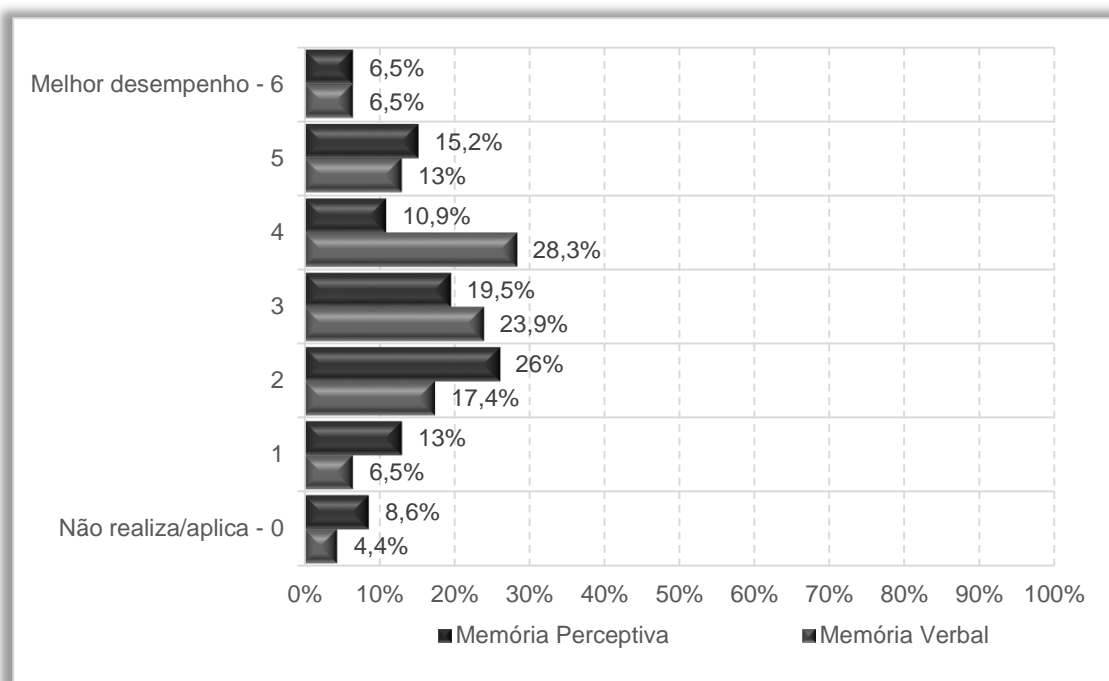


Figura 12 – Valores obtidos pelos participantes nas provas de Memória Perceptiva, Memória Verbal e Percepção do EGP

4.9 Percepção

A **percepção**, avalia itens de **reprodução rítmica, reconhecimento de objetos pelo tato (estereognosia), identificação de imagens e a leitura.**

O grupo de utentes avaliados, como visível na figura 14, revelou níveis mais baixos de cotação ao nível da leitura de texto (56,5%), revelando três ou mais anomalias em 30 segundos, e de reprodução de estruturas rítmicas, em que apenas 6,7% obtiveram cotação total neste item.

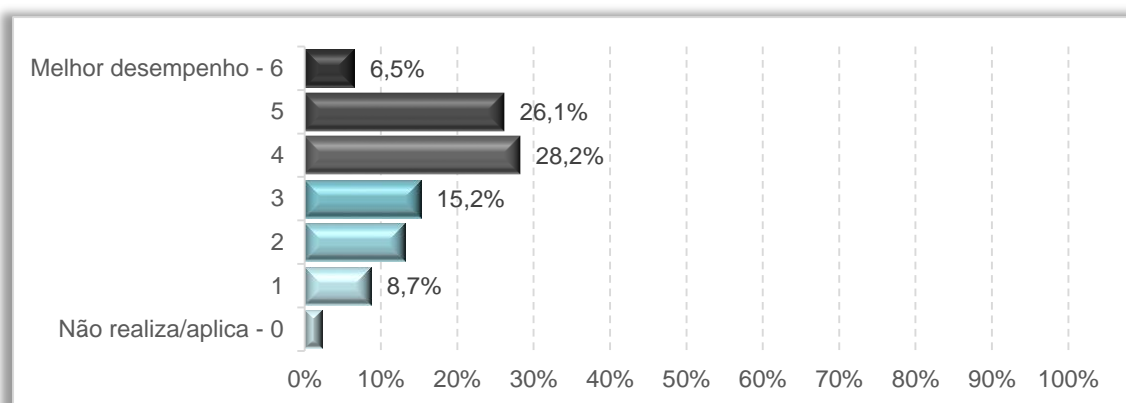


Figura 13 – Valores obtidos pelos participantes na prova de Percepção.

4.10 Orientação

Esta área tem em conta a orientação da pessoa no tempo e no espaço. A **nível temporal** avalia as questões da evocação da **data**, da **hora**, dos **dias da semana**, **meses** e **ordenação de seqüências**. Enquanto a **nível espacial**, tem em conta o **conhecimento da instituição** e sua **localização**, a **divisão de linhas em partes iguais**, a **localização de objetos** e por fim a **descrição de deslocamentos** (e.g. como se vai até à casa de banho).

Os participantes, no geral, apresentam melhor desempenho na orientação espacial (69,6%) que na temporal (54,2%), como se pode observar na figura 15. No domínio temporal as dificuldades incidem na identificação do ano (52,2%) e dia do mês (54,3%) e 58,7% não executam a ordenação cronológica de uma ação. Quanto ao domínio espacial, a maioria dos participantes não executam a tarefa de seqüência dos deslocamentos (43,5%) e 37% não executam a divisão de linhas.

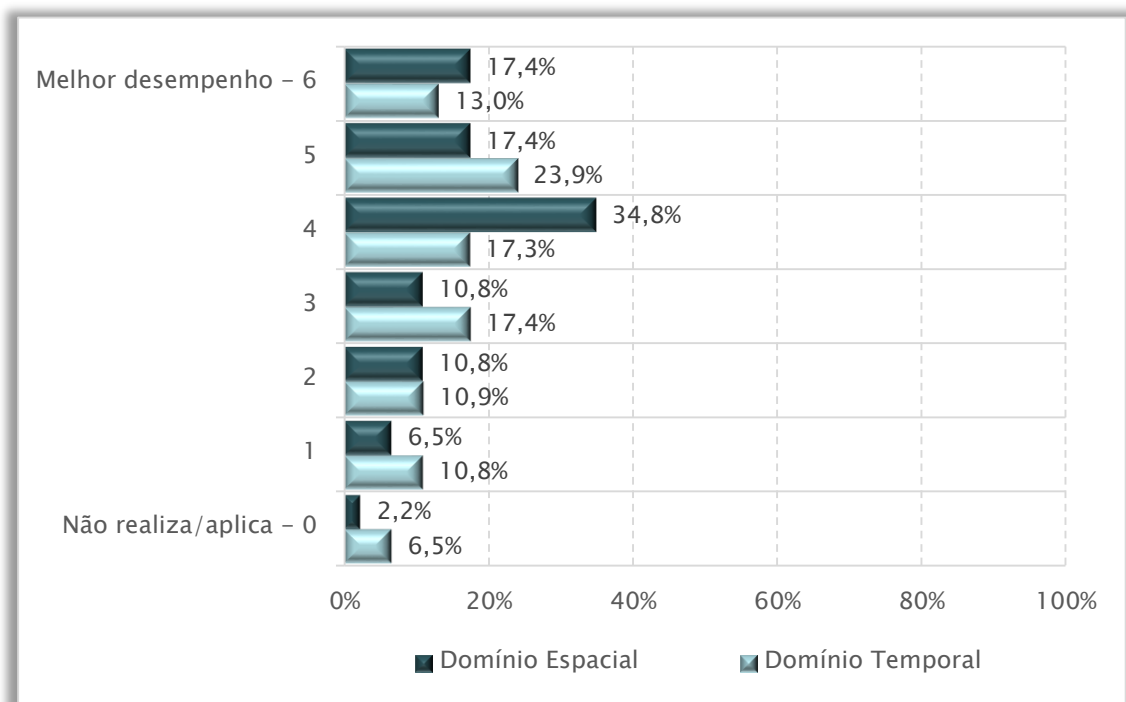


Figura 15 – Valores obtidos pelos participantes nas provas de Domínio Espacial e Domínio Temporal do EGP

4.11

4.12 Comunicação

Por fim, o EGP permite avaliar questões relativas à comunicação, que dão informações sobre a linguagem, a compreensão das instruções, a expressividade do rosto e sobre a expressão gestual.

A maioria dos participantes, como visível na figura 16, apresenta uma linguagem coerente (76,1%) e expressão gestual adequada (65,2%), comunicação expressiva (63%) e boa compreensão das instruções (60,9%).

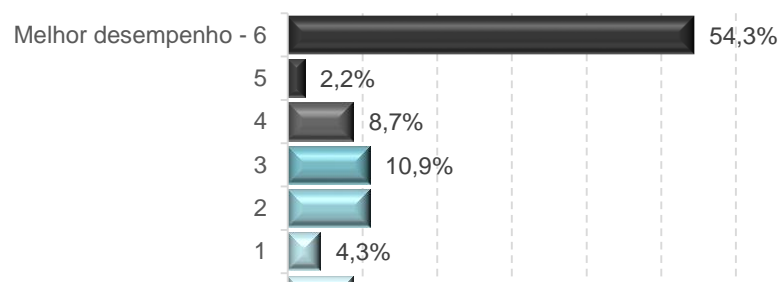


Figura 14 – Valores obtidos pelos participantes na prova de Comunicação do EGP

5 4. Perfil Psicomotor

Inicialmente importa referir que o número de utentes não permite generalizar o perfil psicomotor dos utentes da SCMA.

Deste modo, referente a este grupo avaliado surgiram alguns domínios de melhor desempenho, comparativamente a outros, como se pode verificar na figura 17, como o equilíbrio estático em apoio bipodal, a marcha, a execução com os membros inferiores de movimentos precisos com controlo e destreza, o conhecimento e perceção do corpo no espaço, a manutenção da atenção/concentração.

Surgiram também áreas prioritárias, consequentes de um pior desempenho, sugerindo dificuldades no âmbito de tarefas mais complexas do equilíbrio e ligadas à motricidade global, da memória perceptiva e da memória verbal.

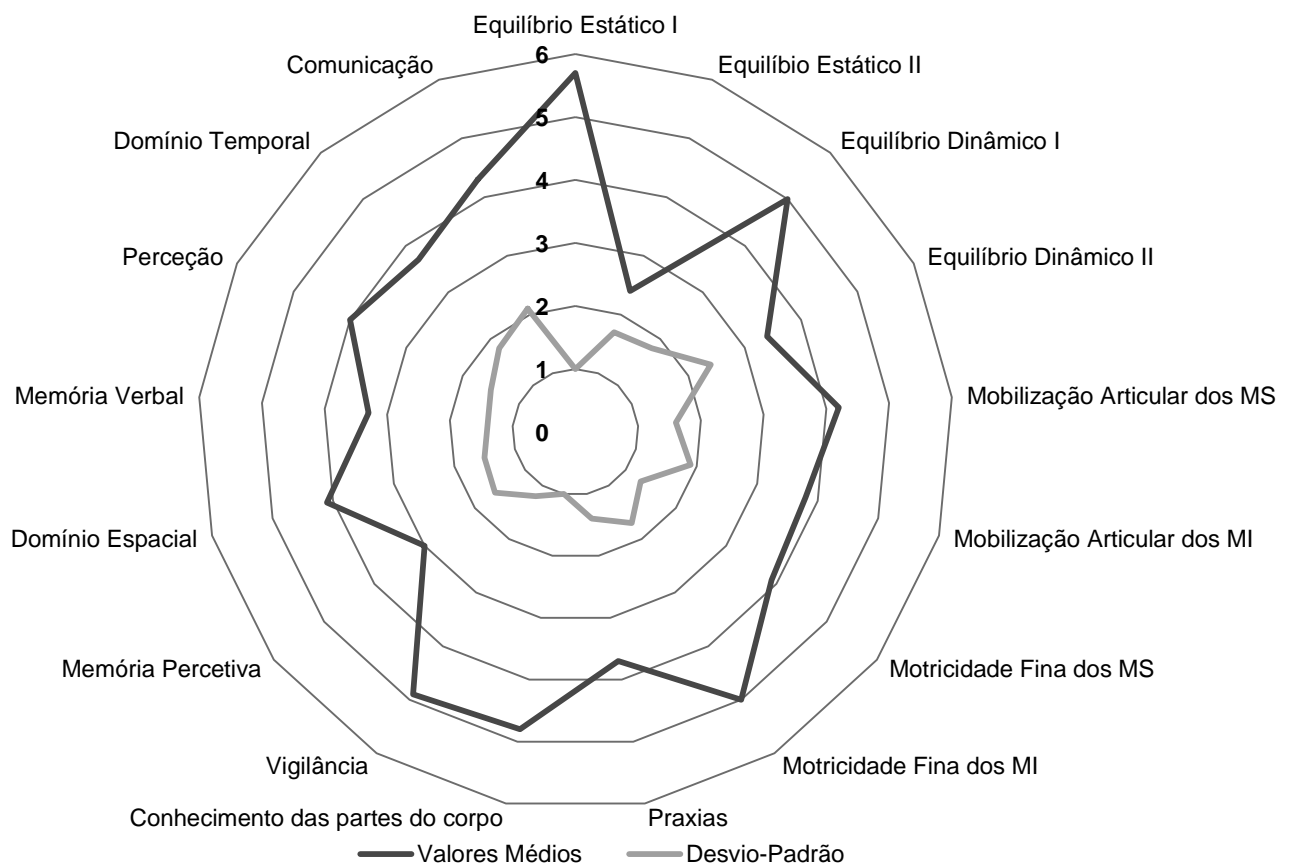


Figura 15 – Valores médios e desvio -padrão obtidos pelos participantes nas provas do EGP

Toda esta caracterização demonstra-se importante uma vez que permite um conhecimento detalhado e específico das características do domínio psicomotor dos

utentes da Santa Casa da Misericórdia de Almada, que facilitará a adequação dos serviços e objetivos estabelecidos, às suas necessidades, contribuindo desta forma para uma melhor qualidade de vida.

Deste modo, recomenda-se uma intervenção psicomotora de carácter bissemanal, em contexto de pequenos grupos com as mesmas necessidades, ou em sessões individuais. Deverá incidir nas áreas de pior desempenho, não esquecendo as áreas de melhor desempenho, com o objetivo de melhoria/estabilização da funcionalidade, autonomia e capacidades cognitivas dos utentes. Assim a intervenção deverá abranger a realização de percursos psicomotores, com tarefas mais complexas do equilíbrio e motricidade global, e de estimulação cognitiva, com atividades de memorização de sequências e movimentos corporais (e.g.).

6 5.

7

Tabela 2. Resultados da associação entre a avaliação psicomotora e diagnóstico, tecnologias de apoio, estado mental e capacidade funcional

Domínios do EGP	Diagnóstico (F value)	Tecnologias de apoio (F value)	Estado mental (F value)	ABV D (F value)	AI VD (F value)
Equilíbrio	0.71	6.32**	1.41	6.54*	1.6
estático I	0.44	9.81***	1.11	*	9
Equilíbrio	1.82	34.26**	0.05	3.75*	0.4
estático II	1.56	*	0.02	20.72	7
Equilíbrio	0.30	6.53**	1.20	***	8.1
dinâmico I	0.23	1.51	0.01	6.12*	8**
Equilíbrio	1.24	2.20	12.94	*	4.4
dinâmico II	0.50	0.80	**	0.63	5*
Mobilizações articulares MS	3.93*	16.00**	1.92	1.30	0.0
Mobilizações articulares MI	4.59*	*	6.69*	2.68	3
Motricidade fina MS	3.65*	0.81	6.62*	11.80	1.7
Motricidade fina MI	4.08*	0.74		***	0
Praxia	4.04*		14.13	1.51	5.2
Conhecimento das partes do corpo	2.87	1.99	***	3.59*	2*
Vigilância	2.00	2.76	29.69		9.9
Memória	2.82	2.02	***	3.79*	0**
Percepção	0.10	1.16	12.63	3.66*	7.2
Tempo	0.74	1.11	**	3.22	3*
Comunicação		2.22	19.23	2.64	4.3
EGP Total		3.79*	***	0.51	4*
		2.67*	8.22*	4.47*	
		*		5.00*	5.0
			21.06	10.45	8*
			***	***	4.2
			4.15*		0*
			14.77		2.0
			***		4
					1.5
					2
					0.8
					3

	1.9
	2
	3.8
	4
	0.8
	5

p* < 0.05; *p* < 0.01; ****p* < 0.001; teste de post-hoc Scheffé

9 6. Bibliografia

- Cockrell, J. & Folstein, M. (2002). Mini-Mental State Examination In Copeland, R., Abou-Saleh, M., & Blazer, D. (2002). *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry* (Ed). Wiley, p. 140-141.
- Figueiredo, M. (2009). Enfermagem de família: um contexto do cuidador. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto.
- Lawton, P. & Brody, M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3), 179-186.
- Mahoney, F. & Barthel, D. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*. 14: 61-65.
- Morais, A., Fiúza, R., Santos, S. & Lebre, A. (2012). *Exame Geronto Psicomotor – Manual de aplicação Provisório* (tradução e adaptação de Michel, Soppelsa & Albaret, 2010)

Anexo B – Plano Semanal para Primeira Etapa da Intervenção (Outubro- Dezembro)

	Santa Casa da Misericórdia de Almada – Centro Social da Trafaria
	Mapa Semanal de Atividades

Horas	2ª Feira	3ª Feira	4ª Feira	5ª Feira	6ª Feira
10:45h – 11h	Orientação (Rita e Licínia)				
11h – 12:30h	- Culinária (Rita e Licínia) - Espaço Saúde (Massagista Ari)	- Sessão do Movimento (Rita e Licínia) - Espaço Saúde (Massagista Ari)	- Atelier (Rita e Licínia) - Espaço Saúde – M. Sinais Vitais (Farmácia C. Trafaria) - Grupos Seniores (Psic. Filipe Jesus)	- Estimulação Cognitiva (Rita e Licínia) - Espaço Saúde (Massagista Ari)	- Ginástica Sénior (Prof. Rui Nunes) - Espaço Saúde (Massagista Ari) - Espaço Beleza (Lurdes Barca)
Almoço					
14h - 15h	- Momento de Leitura (Rita e Licínia)	- Grupo Coral – Ensaios no <i>CIAI</i> (M. Vera Simões)	- Atelier (Rita e Licínia)	- Jogos de Mesa (Rita e Licínia)	- Atelier (Licínia)
Lanche					

Anexo C – Plano Semanal para Segunda Etapa da Intervenção (Janeiro- Maio)

	Santa Casa da Misericórdia de Almada – Centro Social da Trafaria
	Mapa Semanal de Atividades - Psicomotricidade

Horas	2ª Feira	3ª Feira	4ª Feira	5ª Feira
11:00h – 11:30h	Orientação e diálogo com os utentes (Sala de convívio)			
11:30h – 12:15h	Grupo 1 Demências (Sala Polivalente)	Grupo Autónomo (Sala Polivalente)	Estudo Caso A (Sala Polivalente)	Grupo 2 Demências (Sala Polivalente)
Almoço				
14:15h – 15:00h	Estudo Caso A (Sala Polivalente)	Jogos Tradicionais/Jogos de Mesa (Sala de convívio)	Atividades em grupo: culinária, ateliers (Sala de convívio)	Estudo Caso B (Sala Polivalente)
Lanche				
Registos e pequenas atividades no salão				

Anexo D – Excerto de exemplo da tradução do programa “Making a Difference”

Princípios Chave

Este manual descreve um programa específico de atividade em grupo e estímulo adequado para uso com diversas pessoas com demência. Todos os que liderem esses grupos precisam de entender, e estarem prontos a colocar em prática, os seguintes princípios do cuidado centrado na pessoa. Se os líderes não seguem esses princípios há um risco real dos membros do grupo se sentirem apadrinhados, rebaixados, ou mesmo ameaçados, com um impacto negativo na qualidade de vida. Esta seção não é opcional!

Centrada na Pessoa

Precisamos ver a pessoa em primeiro lugar, ao invés de focar a demência e as deficiências associadas. Cada pessoa é única, com uma vida inteira de experiências que moldaram sua personalidade e atitudes, levando a uma variedade de capacidades, interesses, preferências e habilidades. Pergunte-se sobre os pontos fortes da pessoa, em vez de se concentrar nas suas áreas de dificuldade. Além disso, uma atividade que é adequada e agradável para uma pessoa pode ser detestada intensamente por outra.

Respeito

Precisamos mostrar respeito pelas pessoas, e nunca fazê-los sentir-se pequenos ou fazer qualquer coisa para expor suas dificuldades no grupo. Ajude a pessoa a manter a sua dignidade. Pessoas com demência vêm de todos os tipos de origens culturais e religiosas; mostre respeito por conhecer o que é importante para cada indivíduo, detalhado simplesmente para facilitar a vida dos líderes do grupo, que, muitas vezes, têm muitas outras coisas em que pensar para além do grupo. Devem ser sempre oferecidas, aos membros do grupo, opções e atividades alternativas e encontradas abordagens se as oferecidas aqui não atendam às necessidades e capacidades do seu grupo particular.

e valorizar a diversidade de pontos de vista, opiniões e crenças dentro de um grupo. Permita que as pessoas sejam diferentes.

Envolvimento

Se durante a sessão de grupo, repara que está a falar mais do que devia, ou a falar “para” o grupo, pare! Pense em como pode envolver todos os membros, e ofereça opções de atividades que irão interessar e motivar o seu grupo particular. Encoraje os membros do grupo contribuir entre si, em vez de ser tudo canalizado através do líder do grupo. Lembre-se que o grupo pertence aos seus membros, não à equipa técnica.


Inclusão

Cuidado com as pessoas que parecem isolados dentro do grupo. Se tal é devido a problemas de visão ou audição, faça ajustes para um líder se sentar ao lado da pessoa de forma a garantir que possam participar e certificar-se de que a pessoa tem os seus óculos ou aparelho auditivo, conforme o caso. Se a pessoa é um pouco tímida, incentive um membro do grupo socialmente mais ativo para interagir com eles. Se uma pessoa do grupo tem diferentes pontos de vista ou opiniões de todos os outros membros, garanta que eles não são rejeitados ou rebaixados. Incentive um ambiente onde a contribuição de todos é valorizada e respeitada, e a diversidade de pontos de vista é bem-vinda.

Escolha

Este programa grupo não é prescritivo. É bastante

Anexo E – Exemplo de Planeamento da Sessão “Cabeça, Tronco e Membros”

	Santa Casa da Misericórdia de Almada – Centro Social da Trafaria	
	Centro de Dia - Psicomotricidade	
	Planeamentos das Sessões de Grupo “Cabeça, Tronco e Membros”	2015

Este documento trata dos planeamentos das sessões de psicomotricidade para os utentes do centro de dia, pela psicomotricista Rita de Sousa. Intituladas de “Cabeça, tronco e membros”, são sessões semanais de grupo realizadas no horário de terça-feira, das 11:30 às 12:15.

Sessão “Cabeça, Tronco e Membros”	3º Feira – 24/03/2015	Sala Polivalente	n.º10
-----------------------------------	-----------------------	------------------	-------

	Atividade	Descrição	Recursos	Objetivos	Estratégias	Adaptações
1	Diálogo Inicial	Conversa inicial entre os utentes e a psicomotricista acerca de acontecimentos/ atividades realizadas ao longo da semana		Promoção da relação entre utentes	Feedback verbal Questionamento	
2	Orientação	Questionamento aos utentes da data		Estimulação da orientação espaciotemporal	Reforço verbal Feedback verbal	

3	Ler as notícias	Um utente irá ler uma notícia de um jornal diário. É referido que terão que escutar atentamente, pois posteriormente irão ser colocadas questões acerca da mesma. Estas questões poderão ser colocadas pela psicomotricista ou pelos utentes uns aos outros.	Jornal do dia	Estimulação da perceção auditiva e expressão verbal Estimulação da memória e atenção	Reforço verbal Feedback verbal	A psicomotricista ler a notícia de forma a ser mais perceptível
4	Mão na testa	Cada utente, um de cada vez, retira um cartão à sorte e coloca-o na testa, sem ver. Irá colocar questões acerca do seu cartão e os restantes utentes só poderão responder com <i>sim</i> ou <i>não</i> . Será realizada um pequeno diálogo acerca da funcionalidade dos mesmos.	Cartões com objetos da vida diária	Estimulação da expressão verbal e comunicação Estimulação de funções cognitivas, como a atenção e memória Promoção de competências de vida diária Estimulação da socialização.	Reforço verbal Feedback positivo	Mostrar individualmente o cartão aos restantes utentes, se não conseguirem perceber ao longe
5	Jogo da Memória	Inicialmente é realizada a evocação e funcionalidade de cada objeto pelos utentes. De seguida, terão que memoriza-los, durante 10 segundos, sendo de seguida cobertos com um cobertor. A psicomotricista questionará quais os objetos que se encontram em cima da mesa, a sua cor, a quantidade, entre outros.	Objetos do quotidiano (relógio, caixote do lixo, balão, casaco, etc..) Cobertor	Estimulação de funções cognitivas, como a atenção e memória Promoção de competências de vida diária	Feedback positivo Reforço Verbal	Reduzir o número de objetos apresentados; Aumentar o tempo de memorização
6	Ginástica	Um voluntário irá dar a instrução para a realização de mobilização ativa dos membros superiores e inferiores, realizando diferentes movimentos à sua		Ativação muscular Estimulação inter e intra segmentar corporal Estimulação da criatividade		Ser a psicomotricista a dar a instrução

		escolha. Poderão realizar movimentos em pares.				
7	Retorno à calma	Questionar os utentes sobre o que foi realizado durante a sessão, o seu estado de espírito e atividades que gostariam de realizar futuramente.		Obtenção de feedback por parte dos utentes e expressão verbal.	Ajuda verbal.	

Anexo F - Exemplo de relatório da Sessão “Cabeça, Tronco e Membros”

(Modelo utilizado pela instituição. Registo realizado em papel)

SANTA CASA DA MISERICORDIA DE ALMADA

Centro Social da Trafaria

REGISTOS DIVERSOS

Assunto: Sessão grupo “Cabeça, Tronco e Membros”

Registado por: Psicomotrista Rita de Sousa

Data: 24/03/2015 Terça-feira de manhã

Participantes: 10 utentes

Os utentes antes do início da sessão, já sentados na sala conversavam uns com os outros, enquanto esperavam que todos chegassem à sala polivalente com o apoio da psicomotricista. Aperceberam-se que estava entre o grupo uma utente nova, pelo que a D. V apressou-se a apresentar todas as pessoas presentes, antes da psicomotricista realizar o diálogo introdutório. A psicomotricista começou por saudar todos e por questionar a data do dia, ao que muitos responderam em uníssono, existindo no entanto menos respostas relativas ao ano. Realizou-se um breve diálogo acerca das atividades da semana na instituição, e seguiu-se a atividade de memorização de uma notícia, em que esta foi lida devagar. Os utentes ao ouvirem a instrução reportaram logo que não se iam conseguir lembrar de todos os pormenores. Após o questionamento, foi notório que apenas V, M, L e J se recordavam do texto e responderam acertadamente às questões. A atividade seguinte consistia em adivinhar qual o objeto presente nos cartões através do questionamento aos colegas, em que não era válido responder com o nome. Proporcionou-se um momento de grande diversão entre os utentes, e foi visível uma grande entreajuda entre eles. Apenas a D. C não compreendeu a instrução do jogo, apesar de ter sido explicada várias vezes pela psicomotricista e pelos colegas. A atividade seguinte, o jogo de memória, consistia na exposição de objetos do quotidiano, como colete, relógio, cobertor, cesto, bola, revistas, entre outros, em que era inicialmente realizada uma caracterização dos objetos, sendo depois tapados para que os utentes tentassem adivinhar. Ao terem designado o nome dos objetos que faltavam, a psicomotricista complexificou para perguntar, por exemplo, “qual a forma?”, “qual a cor?”. Gostaram bastante da atividade no geral, no entanto foram denotadas grandes dificuldades de R, F, C, H. Ao visualizarem o cesto e a bola de entre os materiais, os utentes pediram para realizar uma breve atividade de atirar a bola ao cesto, pelo que a psicomotricista acedeu. Gostaram imenso, fazendo um género de competição entre eles. Como atividade de retorno à calma foi realizada uma mobilização articular dos membros superiores e inferiores, tendo sido o Sr. M a realizar à sua vontade, tendo os restantes utentes seguido as suas instruções. No final da sessão realizou-se uma recapitulação das atividades realizadas e uma apreciação global da sessão, em que todos os utentes referiram que gostaram bastante das atividades, tendo referido que as mais difíceis eram as da memória.